

NOTA TÉCNICA PARA ORGANIZAÇÃO DA
REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE COM FOCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE E NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

SAÚDE DA MULHER NA GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO

GUIA DE ORIENTAÇÃO PARA AS SECRETARIAS
ESTADUAIS E MUNICIPAIS DE SAÚDE



PROADI-SUS
Programa de Apoio ao Desenvolvimento
Institucional do Sistema Único de Saúde

MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PÁTRIA AMADA
BRASIL
GOVERNO FEDERAL



CONASS

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE



ALBERT EINSTEIN

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

NOTA TÉCNICA PARA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE
ATENÇÃO À SAÚDE COM FOCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE E NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

SAÚDE DA MULHER NA GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO

AUTORES E COLABORADORES

Marina Neves de Almeida Gomes

Larissa Karollyne de Oliveira Santos

Marco Antônio Bragança de Matos

Priscila Rodrigues Rabelo Lopes

Eliane Regina da Veiga Chomatas

Rúbia Pereira Barra

Emanuela Brasileiro de Medeiros

2019



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Saúde da Família
Esplanada dos Ministérios, bloco G
Ed. Sede MS – 7º andar
CEP: 70.058-900 – Brasília, DF, Brasil
Fone: (61) 3315-9031
Site: aps.saude.gov.br

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN

Instituto Israelita de Responsabilidade Social
Avenida Brigadeiro Faria Lima, 1.188 – 3º andar
CEP: 01451-001 – São Paulo, SP, Brasil
Fone: (11) 2151-4573
Site: www.einstein.br

EQUIPE DE TRABALHO

Coordenação e Revisão Final:

Marco Antônio Bragança de Matos
Priscila Rodrigues Rabelo Lopes

Elaboração Técnica - Especialidade:

Marina Neves de Almeida Gomes
Larissa Karollyne de Oliveira Santos

Elaboração Técnica - Organização da assistência:

Marco Antônio Bragança de Matos
Priscila Rodrigues Rabelo Lopes
Eliane Regina da Veiga Chomatias
Rúbia Pereira Barra
Emanuela Brasileiro de Medeiros

Publicação financiada pelo Projeto de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009), através da Portaria nº 3.362, de 8 de dezembro de 2017 - NOTA TÉCNICA: Nº 29/2018-CGGAB/DAB/SAS/MS.

Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein

NOTA TÉCNICA PARA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE COM FOCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA – SAÚDE DA MULHER NA GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO. / Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019.

56 p.: il.

1. Gestante 2. Saúde da Gestante 3. Pré-natal 4. Puerpério 5. Rede de Atenção Materno Infantil I. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein – SBIBAE.

A Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE), o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e o Ministério da Saúde (MS) se unem em um novo projeto do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), o PlanificaSUS, para implantar a metodologia de Planificação da Atenção à Saúde, proposta pelo CONASS, em Regiões de Saúde das 27 Unidades Federativas.

Através da planificação visa-se organizar os ambulatórios de referência para a Atenção Especializada em uma região de saúde, qualificando e integrando os seus macroprocessos àqueles da Atenção Primária à Saúde dos municípios e possibilitando a melhoria do acesso à rede de atenção, a continuidade da atenção aos usuários com condição crônica, uma maior resolutividade regional, um melhor estado de saúde para a população e uma redução dos custos para o sistema de saúde.

A metodologia propõe atividades tutoriais como modalidade para uma maior aproximação e apoio aos profissionais e gestores que se ocupam diretamente do cuidado da população de um território sanitário, disponibilizando atualização do conhecimento, ferramentas para a gestão da qualidade e tecnologias da gestão clínica.

Como é possível superar os desafios e avançar na qualificação da atenção e da gestão em saúde, como estabelece o MS nas diretrizes para organização das redes de atenção à saúde^[1]? Como oferecer uma atenção contínua e integral, prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura, com equidade e com responsabilidades sanitária e econômica pela população adscrita, gerando valor para essa população, como ensina Mendes^[2]?

A resposta é: organizando as redes de atenção à saúde. E o pré-requisito indispensável para isso são as diretrizes clínicas baseadas em evidências, com foco no manejo clínico seguro e qualificado das condições crônicas, que possibilite a estabilização dos usuários e evite danos e desfechos negativos, e na qualificação dos processos de atenção à saúde, apoio, logísticos e gerenciais, que possibilitem tempos oportunos de acesso e resolutividade dos serviços.

O PlanificaSUS está disponibilizando um conjunto de Notas Técnicas para a organização das redes de atenção às condições crônicas mais prevalentes: ciclo de vida da pessoa idosa, ciclo de vida da criança, gestação e puerpério, hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, saúde mental e câncer de mama e colo de útero.

As Notas Técnicas foram estruturadas em consonância com o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), buscando facilitar a sua operacionalização pelas equipes de saúde. Assim, oferece elementos para o conhecimento da população com condição crônica, estratificação de risco, dimensionamento da necessidade de saúde, mapeamento dos fluxos e processos de cuidado, algoritmos de manejos específicos, parâmetros para a gestão da condição de saúde na APS e AAE, critérios para o compartilhamento do cuidado, marcadores de estabilização clínica funcional e indicadores para monitoramento e avaliação. Para sua elaboração, foram consultadas as diretrizes mais atualizadas publicadas pelo Ministério da Saúde, algumas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e Sociedades Científicas.

Ao final, as notas técnicas querem ser uma contribuição para o aperfeiçoamento da política de saúde voltada para o cuidado da população das várias regiões de saúde.

Marcio Anderson Cardozo Paresque
Coordenador do PlanificaSUS

O principal problema dos sistemas de atenção à saúde, em escala universal, consiste na incoerência entre uma situação de saúde com forte hegemonia das condições crônicas e uma resposta social de um sistema fragmentado, que atua de forma episódica e reativa, voltado predominantemente para os eventos agudos. Esses sistemas fragmentados têm falhado no manejo das condições crônicas e, como consequência, os resultados medidos em desfechos clínicos são pífios. Isso não é diferente no Sistema Único de Saúde (SUS).

A solução para esse problema está em superar a fragmentação, instituindo as Redes de Atenção à Saúde, que atuam de modo contínuo e proativo, e são capazes de responder adequadamente às condições agudas e às condições crônicas.

As Redes de Atenção à Saúde compõem-se de três elementos fundamentais: a população, a estrutura operacional e os modelos de atenção à saúde. A população de uma Redes de Atenção à Saúde corresponde àquela que vive em um território singular, que, por sua vez, é um importante produtor social de saúde. É uma população cadastrada e vinculada a uma equipe de Atenção Primária à Saúde, e estratificada por vulnerabilidades sociais e por riscos sanitários.

A estrutura operacional envolve a Atenção Primária à Saúde, a atenção especializada ambulatorial e hospitalar, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança. A Atenção Primária à Saúde opera como centro de comunicação das redes, que articula os fluxos e contrafluxos de pessoas, os produtos e as informações entre todos os pontos de atenção.

Os modelos de atenção à saúde devem passar por mudanças profundas – especialmente o modelo de atenção às condições crônicas, que se baseia em três pilares: a estratificação de riscos, a estabilização e o autocuidado apoiado. Para o SUS, propôs-se um modelo de atenção às condições crônicas, que engloba cinco níveis: o nível 1 é o de promoção da saúde; o nível 2, de prevenção das condições de saúde; e os níveis 3, 4 e 5 convocam tecnologias potentes de gestão da clínica, voltadas para o enfrentamento adequado às condições crônicas estabelecidas – os níveis 3 e 4 abrangem a gestão das condições de saúde e o nível 5, a gestão de caso.

A implantação das Redes de Atenção à Saúde é um processo complexo, que pressupõe um pensamento sistêmico por parte de seus operadores. Pensar sistemicamente implica transitar de relações lineares de causa e efeito para inter-relações entre diversos subsistemas; significa também entender que não há solução para os problemas tentando-se mudanças em pontos de atenção isolados; é compreender que os problemas só serão solucionados se houver colaboração e interdependência entre todos os atores envolvidos; e, por fim, consiste em construir uma linguagem comum, que possibilite a comunicação em rede.

Um ponto fundamental para tornar reais as Redes de Atenção à Saúde é construir essa linguagem comum compartilhada em todos os nós dessas redes. Isso se faz por meio de diretrizes clínicas baseadas em evidência, construídas e validadas pelos atores relevantes, que tecem essas redes continuamente na prática social. As notas técnicas propostas neste documento cumprem essa função seminal nas Redes de Atenção à Saúde.

Cabe ressaltar que se trata aqui de redes temáticas, conforme imposição da natureza singular de cada qual, imposta pela divisão técnica do trabalho, que exige especialização nos pontos de atenção secundários e terciários, ambulatoriais e hospitalares. Porém esse é o único elemento temático das Redes de Atenção à Saúde que as diferencia das propostas passadas de sistemas verticais de saúde. Por consequência, a Atenção Primária à Saúde, os sistemas logísticos e os sistemas de apoio são estruturas transversais comuns a todas as redes temáticas.

Além disso, essas notas técnicas cumprem outro papel, que é o de estruturar todo o processo de gestão da clínica, entendida como um conjunto de tecnologias de microgestão do cuidado, destinado a prover uma atenção à saúde de qualidade: centrada nas pessoas; efetiva e estruturada com base em evidências científicas; segura, que não cause danos às pessoas e nem aos profissionais de saúde; eficiente, provida com os custos ótimos; oportuna, prestada no tempo certo; equitativa, de forma a reduzir as desigualdades injustas; e ofertada de forma humanizada.

As diretrizes clínicas baseadas em evidência, representadas de forma prática e sintética pelas notas técnicas, a par de criar uma linguagem comum, são a tecnologia fundamental, da qual derivam a gestão das condições de saúde, a gestão de caso, a auditoria clínica e as listas de espera.

Nesse sentido, essas notas técnicas vão além do estabelecimento das melhores práticas clínicas, porque adentram o campo da microgestão da clínica, estabelecendo parâmetros assistenciais baseados não em séries históricas, mas definidos por necessidades reais da saúde da população.

Em conclusão, pode-se afirmar que a elaboração e o compartilhamento dessas notas técnicas, entre todos os atores envolvidos, são o ato inaugural e imprescindível da construção das Redes de Atenção à Saúde no SUS.

Boa leitura a todos!

Eugênio Vilaça Mendes

LISTA DE ACRÔNIMOS E SIGLAS

AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
ACS	Agente Comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BCF	Batimento cardíaco fetal
DM	Diabetes mellitus
DMG	Diabetes mellitus gestacional
eSF	Equipe da Estratégia Saúde da Família
eSF-SB	Equipe da Estratégia Saúde da Família-Saúde Bucal
HPV	Papilomavírus humano
ITU	Infecção do trato urinário
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NV	Nascidos vivos
ODMs	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODSs	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RMM	Razão de Mortalidade Materna
SUS	Sistema Único de Saúde
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
TRG	Teste Rápido de Gravidez

■ INTRODUÇÃO	11
■ OBJETIVO	12
■ CONHECENDO A MULHER NO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL	13
IDADE FÉRTIL	13
SUSPEITA E CONFIRMAÇÃO DA GRAVIDEZ	13
FATORES DE RISCO GESTACIONAL	14
ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL	15
A URGÊNCIA NA GESTAÇÃO	18
■ ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA	19
O FLUXO DA ATENÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	21
■ O CUIDADO DA GESTANTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	24
A ABORDAGEM PRÉ-CONCEPCIONAL	24
CAPTAÇÃO E CONFIRMAÇÃO DA GESTAÇÃO	24
PRIMEIRA AVALIAÇÃO	25
ACOMPANHAMENTO LONGITUDINAL	26
PLANO DE PARTO	35
AÇÕES EDUCACIONAIS	35
A GESTÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	36
■ O CUIDADO DA GESTANTE NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA	39
■ MANEJO DAS MORBIDADES MAIS PREVALENTES NA GESTAÇÃO	44
MANEJO DAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO	44
MANEJO DO DIABETES NA GESTAÇÃO	46
MANEJO DA INFECÇÃO URINÁRIA NA GESTAÇÃO	47
MANEJO DA SÍFILIS NA GESTAÇÃO	48
MANEJO DA DOENÇA PERIODONTAL NA GESTAÇÃO	49
■ COORDENAÇÃO DO CUIDADO	50

■ REGISTRO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	51
REGISTRO DE ATENDIMENTOS	51
PAINEL DE INDICADORES	51
■ REFERÊNCIAS	52
■ ANEXOS.	53
■ ANEXO 1. <i>CHECKLIST</i> DO MACROPROCESSO DE CUIDADO	53
■ ANEXO 2. PROGRAMAÇÃO DA ATENÇÃO	56

Há um consenso mundial quanto à necessidade de redução das mortalidades materna e infantil, indicadores que refletem a qualidade da assistência à saúde de mulheres e crianças.

A Organização das Nações Unidas (ONU) e Organização Mundial da Saúde (OMS) têm desenvolvido esforços em todo mundo para a redução desses indicadores, definindo metas globais, como os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs), entre 1990 e 2015, ou os atuais Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODSs), que estabelecem esforços para redução de mortes evitáveis até 2030.

Nas últimas décadas, o Brasil apresentou redução significativa nos indicadores das mortalidades materna e infantil, porém sem atingir os índices desejados. No último triênio disponível nos sistemas de informação (2015 a 2017)¹, a razão de mortalidade materna (RMM) apresenta pequenas variações, permanecendo pouco abaixo de 60 mortes por 100 mil nascidos vivos (NV), que é um valor ainda bem superior aos parâmetros recomendados pela OMS (máximo de 20 mortes por 100 mil NV). Da mesma maneira, a taxa de mortalidade infantil (TMI), apesar de ter apresentado redução importante ao longo da última década, ainda preocupa. No último triênio citado, variou de 12,39 em 2015 a 12,43/1.000 NV em 2017, mas 18 estados da federação ainda estão acima da média nacional – alguns quase atingindo 20 mortes por mil NV.

Os dois índices reacendem uma grande preocupação com a qualidade da atenção à saúde da mulher no ciclo da gestação, do parto e do puerpério. Essa preocupação aumenta diante de outras informações: 26,4% das mulheres não tiveram acesso ou o acesso foi inadequado ou intermediário ao pré-natal; 55,7% dos nascimentos foram por cesariana; a taxa de prematuridade ainda é superior a 10% dos nascimentos; foram registrados em torno de 49 mil casos de sífilis materna, com 25.377 casos de sífilis congênita, dos quais 37,8% foram diagnosticados tardiamente – no momento do parto ou após o parto.

As estratégias para melhoria desses indicadores requerem mudanças assistenciais e organizacionais dos serviços de atenção à saúde, convocando esforços contínuos dos profissionais e gestores envolvidos. Já em 2010, o Ministério da Saúde publicou as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS)^[1] no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e, em 2011, as diretrizes específicas para a implantação da Rede Cegonha^[3] como estratégia central para organização e qualificação da atenção à saúde da mulher e da criança nas regiões de saúde. Quase 10 anos depois, os desafios ainda são grandes, estando ainda vigente a avaliação do Ministério da Saúde sobre o modelo de atenção à saúde:

“fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, mostrando-se insuficientes para dar conta dos desafios sanitários atuais e, insustentável para os enfrentamentos futuros”.^[1]

Ou seja, é necessário e urgente efetivar, de maneira responsável e sustentável, o cuidado da gestante e da criança.

Um novo esforço deve ser ancorado no Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), considerando o ciclo da gestação, do parto e do puerpério como circunstâncias na vida da mulher, as quais “requerem uma resposta social proativa, contínua e integrada”.^[2] O modelo propõe o conhecimento da população-alvo residente em um território de saúde, sua estratificação de acordo com a presença de fatores de risco e a complexidade da condição de saúde, além do dimensionamento da oferta de serviços a partir da necessidade de saúde identificada e da qualificação das intervenções em coerência com complexidade da situação.

Este documento sistematiza as recomendações para organização da RAS de atenção à mulher no ciclo da gestação, do parto e do puerpério, com foco nos processos integrados da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Atenção Ambulatorial Especializada, de acordo com os elementos do MACC e em consonância com a proposta do Ministério da Saúde para a Rede Materno Infantil.

1 Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), anos 2015 a 2017. Razão de mortalidade materna em 2015: 57,59/100.000 nascidos vivos; em 2016: 58,44/100.000 nascidos vivos; em 2017: 58,76/100.000 nascidos vivos (<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02> - acesso em 12 de agosto de 2019).

OBJETIVO

O Ministério da Saúde propõe assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério (pós-parto) e, às crianças, o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

O objetivo dessa Nota Técnica é contribuir para a qualificação da atenção à saúde da mulher no ciclo da gestação, do parto e do puerpério na Rede de Atenção Materno Infantil, com foco na Atenção Ambulatorial Especializada integrada à Atenção Primária à Saúde.

Este objetivo deve ser alcançado por meio das seguintes estratégias:

- Conhecimento da população de gestantes e puérperas do território.
- Estratificação de risco gestacional.
- Manejo adequado das necessidades das gestantes, parturientes e puérperas de acordo com o estrato de risco.

CONHECENDO A MULHER NO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL

A gestação é um fenômeno fisiológico e, por isso, sua evolução se dá, na maior parte dos casos, sem intercorrências. Apesar desse fato, existe parcela pequena de gestantes que, por serem portadoras de alguma doença, sofrerem algum agravo ou desenvolverem problemas, apresentam mais probabilidade de evolução desfavorável – seja para o feto como para a mãe.^[4]

O MACC propõe, como primeiro passo para organização das RAS, o conhecimento da população adstrita a um determinado território de saúde, seguindo a lógica de estratificações sucessivas (Figura 1).

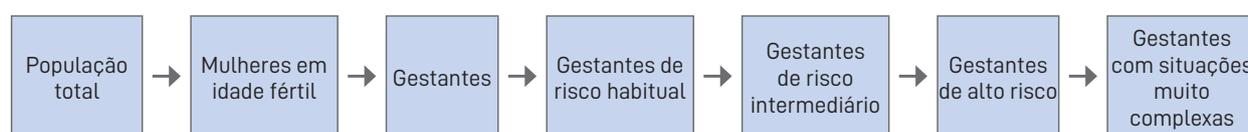


Figura 1. A estratificação da subpopulação de gestantes.

Idade fértil

Uma boa parcela da população total de um território de saúde é de mulheres em idade fértil, definida como a faixa etária de 10 a 49 anos. É um período amplo, no qual estão mulheres adolescentes e adultas, em diferentes situações de vida e em contextos culturais, familiares e sociais em constante mudança.

Resgatando o conceito da OMS para uma condição de saúde, o ciclo gravídico puerperal é uma circunstância na vida dessa mulher, que se segue a um período de fertilidade, podendo ser desejada e planejada, ou surpreendendo de maneira não prevista ou planejada, com sentimentos de ambivalência e de aceitação, ou não.

Da mesma maneira, segue-se uma outra circunstância na vida da mulher: a maternidade, que evoca uma dupla responsabilidade – pela própria saúde e pela do filho.

É fundamental essa compreensão sobre a continuidade das circunstâncias e a integralidade da vida dessa pessoa: saúde da mulher, saúde da gestante, saúde da puérpera e saúde da mãe.

Contexto sociofamiliar e comunitário; vínculos afetivos e de apoio; história reprodutiva, planejamento familiar, sexual e reprodutivo e expectativas com relação à maternidade; hábitos, comportamentos e estilos de vida, condições de trabalho e vacinação; capacidade de autocuidado, autonomia e decisão; situação de saúde, presença de condições crônicas e uso de medicamentos; e vinculação com a equipe de saúde e acompanhamentos periódicos compõem importantes aspectos para o conhecimento da mulher em idade fértil, com relação à gestação.

Suspeita e confirmação da gravidez

O sintoma mais comumente identificado para a suspeição de gravidez é o atraso menstrual^[4]. Outros sintomas e sinais comuns ou específicos podem compor o quadro, possibilitando a confirmação da gestação.

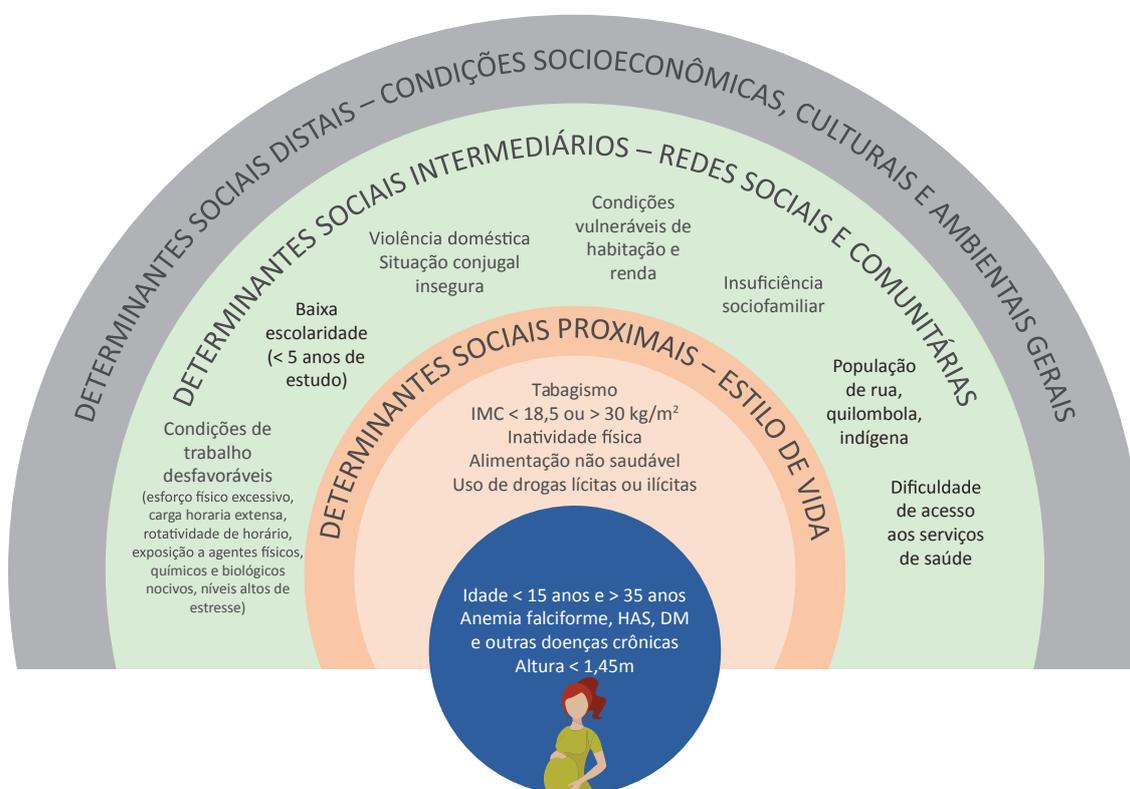
Sintomas e sintoma de presunção	<ul style="list-style-type: none"> Sintomas que podem surgir em várias outras situações, sendo pouco específicos para utilizar como diagnóstico de gravidez: náuseas e vômitos, sialorreia, alterações do apetite, aversão a certos odores que provocam náuseas e vômitos, lipotimia e tonteiras, polaciúria, nictúria, sonolência e alterações psíquicas variáveis na dependência de a gestação ser desejada ou não Melasma facial, linha nigra, aumento do volume abdominal
Sintomas e sinais de probabilidade	<ul style="list-style-type: none"> São sintomas e sinais mais evidentes de gravidez, no entanto, sem caracterizá-la com certeza. O sintoma mais importante é o atraso menstrual Entre os sinais: aumento do volume uterino, alterações da forma em que o útero se torna globoso (sinal de Noblé-Budin), diminuição da consistência do istmo (sinal de Hegar) e diminuição da consistência do colo (sinal de Goodel), aumento da vascularização da vagina, do colo e vestibulo vulvar (sinal de Jacquemier-Kluge) e sinal de Hunter (aréola mamária secundária). Os sinais de probabilidade são mais evidentes a partir de oito semanas de gestação.
Sinais de certeza	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico laboratorial: é realizado pela identificação do hormônio coriogonadotrófico (hCG) na urina ou no sangue, um indicativo de gravidez Ausculta fetal: a presença de batimentos cardíacos fetais no abdome somente está presente na vigência de gestação; detectados por sonar (entre 10-12 semanas). Palpação de partes fetais no abdome materno é também exclusivo da gestação. Ultrassonografia

Fonte: FEBRASGO.^[5]

Fatores de risco gestacional

Os fatores de risco são condições ou aspectos biológicos, psicológicos ou sociais associados estatisticamente a maiores probabilidades futuras de morbidade ou mortalidade.^[6] Podem ser agrupados de acordo com as características individuais da mulher, seus comportamentos e estilos de vida, a influência das redes sociais e comunitárias, as condições de vida e trabalho e a possibilidade de acesso a serviços, relacionando-se com o ambiente mais amplo de natureza econômica, cultural e econômica.

A figura 2 representa o conjunto dos principais fatores ou determinantes da saúde da gestante, de acordo com a lógica dos determinantes proximais, intermediários e distais proposto Dahlgren e Whitehead no Modelo da Determinação Social da Saúde².



Fonte: Dahlgren & Whitehead (adaptado).^[7]

Figura 2. Os fatores determinantes sociais da gestação.

2 Modelo da Determinação Social da Saúde proposto por Dahlgren e Whitehead em 1992, escolhido pela Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde para ser utilizado no Brasil e base para a definição do Modelo de Atenção às Condições Crônicas.

A maioria desses fatores e determinantes já está presente na vida da mulher em idade fértil, antes mesmo da gestação, devendo ser mapeados e abordados. Porém, com o início da gestação, ganham em gravidade, pela maior probabilidade de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe.^[4,6]

A vigilância dos fatores de risco gestacional deve ser contínua, e sua identificação deve disparar medidas preventivas, assim como a estratificação de risco gestacional aqui apresentada.

Por outro lado, também devem ser identificados os fatores protetores, que “dizem respeito a influências que modificam, alteram ou melhoram as respostas das pessoas a perigos que predispõem a resultados não adaptativos”.

^[6] Podem ser fatores protetores pessoais, como a capacidade de autocuidado ou estilos e comportamentos de vida saudáveis; familiares, como vínculos afetivos fortes e estáveis; e sociais, como o apoio comunitário próximo ou participação em grupos de várias naturezas. Estes são recursos que devem ser identificados para propiciar um percurso de gestação protegido e cuidado em suas várias necessidades.

Estratificação de risco gestacional

A estratificação de risco gestacional cumpre, antes de tudo, o objetivo de vigilância contínua sobre o desenvolvimento da gestação, identificando precocemente fatores de risco relacionados às características individuais da gestante, morbidades crônicas e agudas presentes, história reprodutiva e contexto familiar e comunitário, e direcionando as intervenções preventivas ou de cuidado necessárias para a proteção da mulher e da criança.

O outro objetivo da estratificação de risco é o conhecimento da complexidade clínica e sociofuncional da gestação, o que possibilita a atenção diferenciada, de acordo com o estrato de risco, ofertando a uma gestante de alto risco mais vigilância e intensidade de cuidados se comparada à gestante de risco habitual.

Considerar as necessidades diferentes dos grupos de gestantes de risco habitual, intermediário e alto risco possibilita:

- Padronizar o cuidado do pré-natal de risco habitual, risco intermediário e alto risco nas diretrizes clínicas, definindo o mínimo de cuidado a ser garantido em todos os serviços.
- Definir os pontos de atenção da RAS, com as respectivas competências no cuidado (unidades de APS, unidades de pré-natal de alto risco, maternidades de risco habitual e alto risco).
- Definir e dimensionar os serviços logísticos e de apoio necessários para o cuidado.
- Eleger os critérios de acesso aos serviços de saúde para “a atenção certa, no lugar certo, no tempo oportuno e com o custo certo, um pressuposto das redes de atenção à saúde”.^[2]
- Vincular a gestante aos serviços certos para o pré-natal e parto de risco habitual ou alto risco.
- Organizar a agenda de atendimentos da APS e da AAE.
- Evitar “a suboferta de cuidados necessários a pessoas de maior risco e/ou sobreoferta de cuidados desnecessários a pessoas de menor risco, produzindo, por consequência, uma atenção inefetiva e ineficiente”.^[3] Isso porque os serviços e profissionais especializados, por exemplo, podem se ocupar do cuidado de gestantes de risco habitual, muitas vezes respondendo de “porta aberta” à demanda, o que restringe a capacidade operacional de atendimento às gestantes de alto risco, gerando filas com tempos de espera muito longos para a consulta de pré-natal de alto risco.

“O uso rotineiro dos recursos e rotinas dedicados ao alto risco para as gestantes de baixo risco não melhora a qualidade assistencial, nem seus resultados, e retarda o acesso das gestantes que deles precisam. Daí a importância da adequada estratificação do risco, para o devido encaminhamento.”^[4]

Há evidências na literatura internacional, produzidas por pesquisas realizadas em diferentes países do mundo, de que a estratificação dos riscos populacionais tem sido associada com: uma melhor qualidade da atenção à saúde, impactos positivos nos resultados clínicos e maior eficiência no uso dos recursos de saúde.^[2]

Tudo isso exige que a equipe de profissionais aprofunde e atualize continuamente o conhecimento, a experiência clínica e as habilidades necessárias para o cuidado da mulher no ciclo gravídico puerperal.

A estratificação de risco gestacional é definida a partir de fatores de risco, sendo agrupada de acordo com:

- Condições individuais e socioeconômicas e familiares.
- História reprodutiva anterior.
- Condições e intercorrências, clínicas ou obstétricas, na gestação atual.

Quadro 1. Critérios para estratificação de risco gestacional

Risco habitual
Características individuais e condições sociodemográficas favoráveis: <ul style="list-style-type: none">• Idade entre 16 e 34 anos• Aceitação da gestação História reprodutiva anterior: <ul style="list-style-type: none">• Intervalo interpartal maior que 2 anos Ausência de intercorrências clínicas e/ou obstétricas na gravidez anterior e/ou na atual.
Risco intermediário
Características individuais e condições socioeconômicas e familiares: <ul style="list-style-type: none">• Idade menor que 15 anos ou maior que 35 anos• Condições de trabalho desfavoráveis: esforço físico excessivo, carga horária extensa, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, níveis altos de estresse• Índícios ou ocorrência de violência• Situação conjugal insegura• Insuficiência de apoio familiar• Capacidade de autocuidado insuficiente• Não aceitação da gestação• Baixa escolaridade (<5 anos de estudo)• Tabagismo ativo ou passivo• Uso de medicamentos teratogênicos• Altura menor que 1,45m• IMC <18,5 ou 30-39kg/m²• Transtorno depressivo ou de ansiedade leve• Uso de drogas lícitas e ilícitas• Gestante em situação de rua ou em comunidades indígenas ou quilombola• Mulher de raça negra• Outras condições de saúde de menor complexidade História reprodutiva anterior: <ul style="list-style-type: none">• Alterações no crescimento intrauterino (CIUR e macrossomia)• Malformação• Nuliparidade ou multiparidade (5 ou mais partos)• Diabetes gestacional• Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas sem critérios de gravidade• Cesariana prévia com incisão clássica/corporal/longitudinal• Cesárias prévias (2 ou mais) ou cirurgia uterina anterior recente (exceto incisão clássica/corporal/longitudinal)• Intervalo interpartal <2 anos Condições e intercorrências, clínicas ou obstétricas, na gestação atual: <ul style="list-style-type: none">• Infecção urinária (1 ou 2 ocorrências) ou 1 episódio de pielonefrite• Ganho de peso inadequado• Sífilis (exceto sífilis terciária ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina e achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita)• Suspeita ou confirmação de dengue, vírus Zika ou Chikungunya (quadro febril exantemático)
Alto risco
Características individuais e condições socioeconômicas: <ul style="list-style-type: none">• Dependência e/ou uso abusivo de drogas lícitas ou ilícitas• Agravos alimentares ou nutricionais: IMC ≥ 40kg/m², desnutrição, carências nutricionais (hipovitaminoses) e transtornos alimentares (anorexia nervosa, bulimia, outros) Condições clínicas prévias à gestação: <ul style="list-style-type: none">• Doença psiquiátrica grave: psicose, depressão grave, transtorno bipolar, outras• Hipertensão arterial crônica• <i>Diabetes mellitus</i> 1 e 2• Doenças genéticas maternas• Antecedente de tromboembolismo (TVP ou embolia pulmonar)• Cardiopatias (valvulopatias, arritmias e endocardite) ou infarto agudo do miocárdio• Pneumopatias graves (asma em uso de medicamento contínuo, DPOC e fibrose cística)• Nefropatias graves (insuficiência renal e rins multicísticos)• Endocrinopatias (<i>diabetes mellitus</i>, hipotireoidismo em uso de medicamentos e hipertireoidismo)• Doenças hematológicas: doença falciforme, púrpura trombocitopênica idiopática, talassemia e coagulopatias.• Doenças neurológicas (epilepsia, acidente vascular cerebral, déficits motores graves)• Doenças autoimunes (lúpus eritematoso, SAAF, artrite reumatoide, outras colagenoses)• Ginecopatias (malformações uterinas, útero bicorno, miomas intramurais maiores que 4cm ou múltiplos e miomas submucosos)• Câncer de origem ginecológica ou invasores; câncer em tratamento ou que possa repercutir na gravidez• Transplantes• Cirurgia bariátrica

continua...

História reprodutiva anterior:

- Morte perinatal explicada ou inexplicada
- Abortamento habitual/recorrente (ocorrência de 3 ou mais abortamentos consecutivos)
- Isoimunização Rh em gestação anterior
- Insuficiência cervical
- Infertilidade
- Acretismo placentário
- Pré-eclâmpsia grave; síndrome HELLP
- Prematuridade anterior

Intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual

- Gestação múltipla
- Gestação resultante de estupro
- Hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia
- Diabetes gestacional
- Infecção urinária de repetição: ≥ 3 episódios de ITU baixa ou ≥ 2 episódios de pielonefrite
- Doenças infecciosas: sífilis terciária ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina ou com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita; toxoplasmose; rubéola; citomegalovírus; herpes simples; tuberculose; hanseníase; hepatites; condiloma acuminado (verruga viral no canal vaginal ou colo uterino ou lesões extensas/numerosas localizadas em região genital ou perianal); diagnóstico de HIV/AIDS
- Desvios do crescimento intrauterino: CIUR (mesmo suspeito, se ultrassom não disponível), macrosomia ou desvios da quantidade de líquido amniótico
- Insuficiência istmo cervical
- Anemia grave (hemoglobina < 8 g/dL) ou anemia refratária a tratamento
- Hemorragias na gestação
- Acretismo placentário ou placenta prévia não sangrante
- Colestase gestacional (prurido gestacional ou icterícia persistente)
- Malformação fetal ou arritmia cardíaca fetal
- Qualquer patologia clínica que repercute na gestação ou necessite de acompanhamento clínico especializado
- Outras condições de saúde de maior complexidade

Alto risco com situações especiais:

- Gestação múltipla monicoriônica
- Isoimunização Rh em gestação anterior
- Malformação fetal ou arritmia cardíaca fetal
- Diagnóstico de HIV/AIDS
- Transplantes

Fonte: Brasil^[6] (adaptado).

IMC: índice de massa corporal; CIUR: crescimento intrauterino restrito; TVP: trombose venosa profunda; DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica; SAAF: síndrome do anticorpo antifosfolípidicos; ITU: infecção do trato urinário.

Algumas observações sobre a estratificação de risco gestacional:

- Esta Nota Técnica propõe os dois estratos de risco clássicos na gestação, (risco habitual e alto risco) e agrega o risco intermediário, anteriormente proposto como "fatores de risco que permitem a realização do pré-natal pela equipe de Atenção básica".
- Também mantém a metodologia de estratificação proposta pelo Ministério da Saúde, segundo a qual basta a identificação de um único critério para definir o estrato de risco, predominando o critério relacionado ao maior risco.
- Considerando a amplitude dos fatores determinantes da saúde da gestante e puérpera, quanto maior o número de critérios combinados (vários fatores de risco intermediário combinados ou um fator de alto risco combinado com fatores de risco intermediário ou vários fatores de alto risco), maior a complexidade da situação, implicando em maior vigilância e cuidado.
- A violência doméstica e na comunidade, principalmente quando atinge diretamente a gestante, e o uso de drogas, principalmente ilícitas, embora identificados como fatores de risco intermediário, são dois fatores de enfrentamento difícil, requerendo maior atenção à equipe de APS, intervenções intersetoriais e, muitas vezes, o apoio da equipe especializada.
- Da mesma forma, é importante o destaque das situações de alto risco que requerem um manejo diferenciado, como a medicina fetal, porque implicam em fluxos especiais na RAS.
- Considerando o caráter dinâmico do ciclo gravídico-puerperal, a estratificação de risco deve ser realizada na primeira consulta e em todas as subseqüentes programadas, ou sempre que for identificado um fator de risco.

É importante alertar que uma gestação que está transcorrendo bem pode se tornar de risco a qualquer momento, durante a evolução da gestação ou durante o trabalho de parto. Portanto, há necessidade de reestratificar o risco a cada consulta pré-natal. A intervenção precisa e precoce evita os retardos assistenciais capazes de gerar morbidade grave, morte materna ou perinatal.^[4]

Com relação à prevalência, estima-se que 15% das gestantes sejam de alto risco e 85% sejam de risco habitual ou apresentem fatores de risco intermediário.

A urgência na gestação

As ocorrências de morte materna, fetal e infantil estão, em grande parte, relacionadas a complicações das morbidades preexistentes ou identificadas durante a gestação. Assim, a equipe de saúde deve estar atenta e pronta para identificar precocemente os sinais e sintomas dessas complicações, e estabelecer a conduta adequada, o que inclui a valorização das queixas apresentadas pela gestante, mesmo que aparentemente não tenham repercussão clínica, e a vigilância redobrada para as mulheres com maior vulnerabilidade e menor capacidade de percepção da própria situação de saúde.

As principais intercorrências são listadas no Quadro 2.

Podem ocorrer também outras situações agudas não relacionadas diretamente à gestação e que devem, da mesma maneira, ser prontamente identificadas e assistidas.

Quadro 2. Urgência e emergência obstétrica

- Síndromes hemorrágicas (descolamento prematuro de placenta, placenta prévia com sangramento ativo)
- Sinais e sintomas de abortamento em curso ou inevitável
- PAS \geq 160mmHg ou PAD \geq 110mmHg, escotomas visuais, diplopia, cefaleia, epigastralgia, dor no hipocôndrio direito e confusão mental
- Eclâmpsia
- Gestantes com sífilis e alergia à penicilina (para dessensibilização) ou suspeita de neurosífilis
- Suspeita de pielonefrite, corioamnionite ou qualquer infecção de tratamento hospitalar
- Anidrâmnio
- Polidrâmnio grave ou sintomático
- Ruptura prematura de membranas
- Hipertonia uterina
- Gestação a partir de 41 semanas confirmadas
- Hemoglobina menor que 6g/dL ou sintomática, com dispneia, taquicardia e hipotensão
- Dor abdominal intensa/abdome agudo em gestante
- Suspeita de TVP
- Hiperemese gravídica: vômitos incoercíveis, sem melhora com tratamento oral/desidratação
- Vômitos inexplicáveis a partir de 20 semanas de gestação
- Vitalidade fetal alterada (perfil biofísico fetal \leq 6; diástole zero em umbilical, cardiocografia não tranquilizadora, ausência ou redução de movimentos fetais por mais de 12 horas em gestação com mais de 26 semanas e suspeita de morte fetal)
- Diagnóstico ultrassonográfico de doença trofoblástica gestacional
- Outras urgências clínicas

- Isoimunização Rh
- Trabalho de parto pré-termo

PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; TVP: trombose venosa profunda.

ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

A RAS materno-infantil deve, antes de mais nada, garantir o que o Ministério da Saúde definiu com os "dez passos para o pré-natal de qualidade" (Figura 3).

10 PASSOS para o Pré-Natal de Qualidade	
1.	Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação (captação precoce)
2.	Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal
3.	Toda gestante deve ter asseguradas a solicitação, a realização e a avaliação em termo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal
4.	Promover a escuta ativa da gestante e de seus acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais, e não somente um cuidado biológico: "rodas de gestantes".
5.	Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário
6.	É direito do parceiro ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: "pré-natal do parceiro"
7.	Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário
8.	Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do plano de parto
9.	Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação)
10.	As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal

Fonte: Brasil.^[8]

Figura 3. Os dez passos para o pré-natal de qualidade segundo o Ministério da Saúde.

As principais diretrizes foram definidas na Portaria da Rede Cegonha, publicada inicialmente em 2011 e aprimorada continuamente desde então.

A RAS deve garantir uma estrutura operacional composta por pontos de atenção, serviços de apoio e logísticos, com capacidade operacional para responder à necessidade de saúde da população-alvo; equipe multiprofissional competente para o manejo dos usuários, em coerência com as evidências das diretrizes clínicas; fluxos e contrafluxos em tempos oportunos; processos de vigilância e cuidado qualificados; sistema de governança capaz de monitorar, avaliar e aprimorar continuamente a resposta oferecida à população (Quadro 3).

A unidade básica de saúde (UBS) deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde. É o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado, principalmente durante a gravidez.^[8]

Quadro 3. A estrutura operacional da RAS Materno Infantil

Território	Estrutura operacional	O que deve ser garantido
Município	<ul style="list-style-type: none">Unidades Básicas de Saúde na APS, preferencialmente organizadas com eSF, eSF-SB e NASF dentro dos parâmetros populacionais propostos pela PNAB	<ul style="list-style-type: none">Cobertura de toda a população do território de abrangência utilizadora do SUSUtilização de diretrizes clínicas baseadas em evidências adotadas na RASEquipes com competência para ordenar os fluxos e contrafluxos na RASCaptação da gestante residente na área de abrangência e estratificação do risco gestacionalAcompanhamento pré-natal e puerpério de gestantes de risco habitual, intermediário e altoCoordenação do cuidado e acompanhamento compartilhado com a atenção especializada do pré-natal e puerpério de gestantes de alto risco

continua...

		<ul style="list-style-type: none"> • Manejo da gestante por equipe multiprofissional (eSF, eSF-SB e NASF), de acordo com roteiros de atendimento padronizados a partir das diretrizes clínicas • Atuação interdisciplinar para discussão dos casos das gestantes, principalmente aquelas em situação de vulnerabilidade, definição de plano de cuidados único • Vigilância contínua dos fatores de risco gestacional e estratificação de risco em todos os atendimentos programados para as gestantes • Utilização de tecnologias voltadas para o fortalecimento da capacidade de autocuidado • Testes rápidos, vacinação, medicamentos e outros serviços de apoio • Ações educacionais • Disponibilização e utilização da Caderneta da Gestante como principal ferramenta para o autocuidado apoiado • Proatividade no território para mobilização de recursos para a apoio às gestantes com vulnerabilidade • Elaboração e monitoramento do plano de cuidado • Elaboração e monitoramento do plano de autocuidado apoiado • Vinculação da gestante às maternidades de referência • Equipes com tempo protegido na carga horária para participação nas ações de educação permanente e supervisão clínica propostas pela equipe especializada ou outras possibilidades • Monitoramento do plano de cuidados das gestantes de alto risco, com foco na estabilização das condições e morbidades diagnosticadas • Apoio à gestante e à família para a elaboração do plano de parto, considerando, entre outros aspectos, um necessário deslocamento até o município sede, onde está localizada a maternidade de risco habitual ou alto risco de referência, previamente ao início do trabalho de parto • Exames laboratoriais de rotina para o pré-natal, de acordo com as diretrizes clínicas, dimensionados para todas as gestantes acompanhadas, com coleta realizada preferencialmente nas UBS, controle de qualidade do processamento do material biológico e tempos de resposta oportunos para a definição de condutas necessárias
	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio diagnóstico laboratorial 	<ul style="list-style-type: none"> • Ultrassom obstétrico disponível para todas as gestantes, de acordo com as diretrizes clínicas
	<ul style="list-style-type: none"> • Transporte em saúde municipal 	<ul style="list-style-type: none"> • Rotas de transporte rural para acesso das gestantes às UBS e outros serviços
Região de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulatório de referência para o pré-natal de alto risco, referência para as UBS de todos municípios da região 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidade operacional dimensionada a partir da necessidade de saúde: número de gestantes acompanhadas pelas equipes de APS dos municípios da região de saúde • Utilização de diretrizes clínicas baseadas em evidências adotadas na RAS • Acompanhamento compartilhado com as equipes da APS para o pré-natal de gestantes de alto risco • Mecanismos de compartilhamento do cuidado pactuados na região de saúde, com canais de comunicação diretos com as equipes da APS, critérios claros e modalidades de agendamento ágeis • Manejo da gestante de alto risco por equipe multiprofissional com atuação interdisciplinar, de acordo com roteiros de atendimento padronizados para o pré-natal de alto risco a partir das diretrizes clínicas • Exames especializados para a gestação de alto risco: cardiocografia e ultrassom obstétrico com Doppler e morfológico • Elaboração de plano de cuidados, compartilhado com as equipes da APS para o monitoramento • Apoio às equipes da APS por meio de ações de educação permanente, matriciamento e apoio para a gestão da condição de saúde da gestação e puerpério
	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso regulado 	<ul style="list-style-type: none"> • Modalidades de agendamento direto pelas equipes da APS dos municípios, com obediência aos critérios pactuados

continua...

	<ul style="list-style-type: none"> • Transporte em saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Transporte em saúde organizado com rotas que ligam todos os municípios com o ambulatório, considerando os cuidados necessários com a gestante de alto risco
	<ul style="list-style-type: none"> • Maternidade de risco habitual no município sede da Região de Saúde ou em outros municípios de maior porte populacional 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidade operacional dimensionada a partir da necessidade de saúde: número de gestantes de risco habitual e intermediário acompanhadas pelas equipes de APS dos municípios da região de saúde • Utilização de diretrizes clínicas baseadas em evidências adotadas na RAS • Parto e nascimento das gestantes de risco habitual e gestantes com fatores de risco intermediário • Processos qualificados para o pré-parto, parto e puerpério imediato • Processos qualificados para o atendimento ao recém-nascido de risco habitual e para o suporte inicial ao recém-nascido crítico até a transferência para a unidade neonatal • Acolhimento de gestantes em visita durante o pré-natal para conhecimento da equipe, locais de atendimento e funcionamento • Elaboração de plano de cuidados para a puérpera e o recém-nascido no momento da alta • Mecanismos de comunicação e integração com a APS dos municípios para a continuidade do cuidado • Administração de medicamentos injetáveis para a gestante e puérpera não possível de ser realizada na APS • Atendimento de intercorrências clínicas e obstétricas da gestante e puérpera de risco habitual e intermediário • Atendimento de intercorrências clínicas do recém-nascido de risco habitual
Macrorregião de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Maternidade de alto risco no município-sede da região ampliada de saúde (macrorregião) 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidade operacional dimensionada a partir da necessidade de saúde: número de gestantes de alto risco acompanhadas pelas equipes de APS e AAE da região de saúde • Utilização de diretrizes clínicas baseadas em evidências adotadas na RAS • Parto e nascimento das gestantes de alto risco • Processos qualificados para o pré-parto, parto e puerpério imediato • Processos qualificados para o atendimento ao neonato em situação crítica na unidade neonatal • Acolhimento de gestantes em visita durante o pré-natal para conhecimento da equipe, locais de atendimento e funcionamento • Elaboração de plano de cuidados para a puérpera e recém-nascido no momento da alta • Mecanismos de comunicação e integração com a APS dos municípios para a continuidade do cuidado
	<ul style="list-style-type: none"> • Casa de apoio à gestante anexa à maternidade de alto risco 	<ul style="list-style-type: none"> • Acolhida da gestante e puérperas com necessidades específicas
Estado	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços de referência ambulatoriais e hospitalares especializados 	<ul style="list-style-type: none"> • Atenção a situações de alto risco que requerem fluxos especiais: medicina fetal, HIV/AIDS e outras

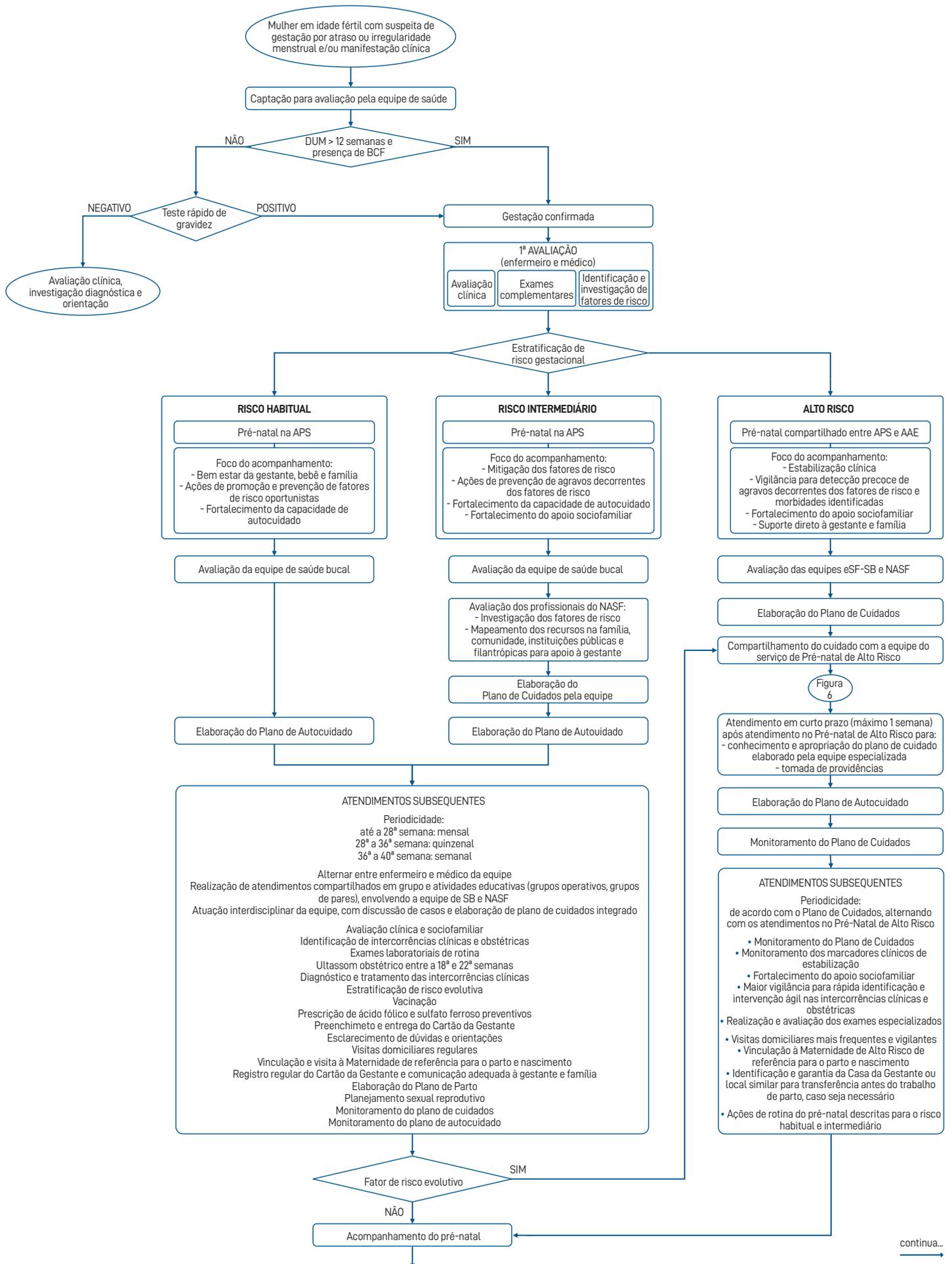
APS: Atenção Primária à Saúde; eSF: equipe da Estratégia Saúde da Família; eSF-SB: equipe da Estratégia Saúde da Família-Saúde Bucal; NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família; PNAB: Política Nacional de Atenção Básica; SUS: Sistema Único de Saúde; RAS: Rede de Atenção à Saúde; UBS: Unidade Básica de Saúde; AAE: Atenção Ambulatorial Especializada.

Esta Nota Técnica propõe elementos para a organização da APS e AAE de forma integrada. Para a organização dos demais componentes da rede, devem ser consultados os documentos de referência do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

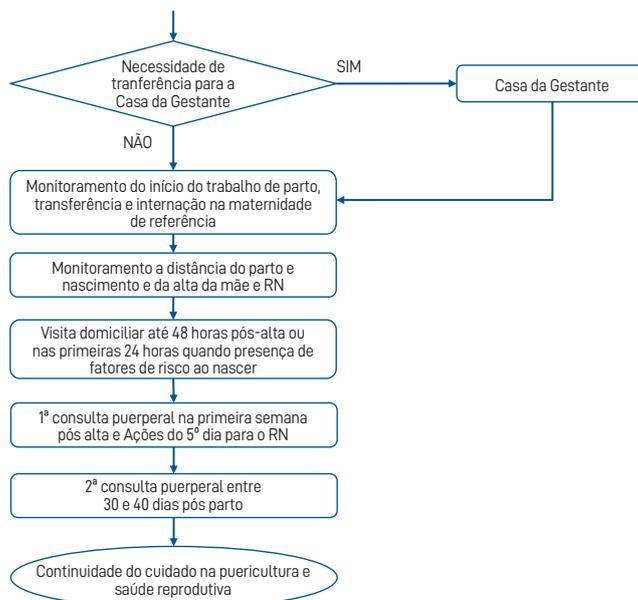
O fluxo da atenção na Rede de Atenção à Saúde

A continuidade do cuidado é um dos princípios que deve ser garantido à gestante durante todo o ciclo gravídico puerperal. As equipes da APS e AAE devem atuar como uma única equipe, "falando a mesma língua", com relação aos critérios de manejo recomendados pelas diretrizes clínicas e os instrumentos pactuados, e com canais de comunicação e apoio recíproco, ágeis e úteis, para uma gestão compartilhada do cuidado da gestante.

A Figura 4 indica os principais momentos do fluxo de atenção à gestante na RAS.



continua...



DUM: data da última menstruação; BCF: batimento cardíaco fetal; APS: Atenção Primária à Saúde; NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família; AAE: Atenção Ambulatorial Especializada; eSF-SB: equipe da Estratégia Saúde da Família-Saúde Bucal; SB: saúde bucal; RN: recém-nascido.
Figura 4. Fluxo de atenção na RAS Materno Infantil.

O CUIDADO DA GESTANTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A abordagem pré-concepcional

O aconselhamento pré-concepcional é parte integrante dos cuidados pré-natais e tem por objetivo conhecer precocemente as expectativas em relação à gravidez, o momento que a família está vivenciando e a sua história de vida, além de identificar fatores de risco ou doenças que possam interferir no prognóstico da futura gestação. Deve ser realizada com o casal, preferencialmente antes da suspensão da anticoncepção.^[4,12]

Captação e confirmação da gestação

A captação da gestante para o acompanhamento deve ser precoce – dentro do primeiro trimestre da gestação –, possibilitando a identificação de eventuais fatores de risco e instituindo os cuidados do pré-natal.

Para isso, a equipe deve ser proativa junto à população da sua área de abrangência, mantendo seu cadastro atualizado, o que inclui as mulheres em idade fértil residentes no território de abrangência, estabelecendo forte vinculação com as famílias e indivíduos, e acompanhando-as rotineiramente, de modo a identificar rapidamente as mulheres com suspeita de gravidez. Situações de maior vulnerabilidade requerem proatividade ainda maior e a colaboração de instituições e lideranças locais: adolescentes, população moradora em áreas de baixa renda, comunidades rurais ou ribeirinhas de difícil acesso, população em situação de rua, população indígena e quilombola, dentre outras.

As famílias e a comunidade devem ser educadas sobre a importância da captação precoce e do acompanhamento do pré-natal. Os Agentes Comunitários da Saúde (ACS) devem estar capacitados para investigar e identificar os sinais e sintomas durante as visitas domiciliares.

O acesso à unidade, para a mulher que busca a confirmação da gravidez, deve ser sempre aberto, com fluxos ágeis, evitando adiar a realização dos testes. A confirmação, por meio da avaliação clínica ou do TRG, deve ser feita com discrição e respeito à mulher, sendo esta uma ocasião para o conhecimento de sua situação e o início das orientações e cuidados.

A confirmação se dá, principalmente, por métodos laboratoriais (beta-HCG positivo em sangue ou urina). O TRG urinário deve estar disponível em todas as unidades, não somente para responder rapidamente à demanda da mulher, confirmando ou não a gestação, mas também para acolher a gestação não planejada, atender pacientes vítimas de violência sexual e prestar orientações reprodutivas. Os profissionais enfermeiros e técnicos em enfermagem devem ser capacitados para executar o TRG.

A confirmação da gravidez também pode ser feita pelo exame físico com sinais de certeza: percepção dos movimentos fetais ou ausculta dos BCF com o estetoscópio de Pinard ou Sonnar pelo profissional. A palpação abdominal é muito importante em toda mulher que procura atendimento com amenorreia ou suspeita de gravidez; muitas vezes, a equipe pode se deparar com uma gestação de segundo ou terceiro trimestres, situação em que um exame físico atento pode servir para fazer o diagnóstico e iniciar os cuidados.

O acolhimento deve ser feito imediatamente após a confirmação, por qualquer profissional da equipe (Quadro 4).

Quadro 4. Ações imediatas após a confirmação da gestação

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação
- Verificar/realizar o cadastramento das gestantes no e-SUS
- Identificar situações de vulnerabilidade socioeconômica e familiar
- Identificar a expectativa e a aceitação da gravidez por parte da mulher e seu companheiro

Nas situações em que o diagnóstico de gravidez for descartado, deve ser feita a avaliação da mulher acerca de suas queixas de atraso menstrual ou outras queixas, com as devidas condutas e orientações.

A equipe também deve acolher prontamente uma gestante que tenha mudado de residência para o território de abrangência e apropriar-se de sua história e de situação atual, realizando o acompanhamento do pré-natal até o momento, sempre buscando informações junto à equipe responsável da outra unidade.

Primeira avaliação

A primeira avaliação da gestante deve ser integrada e abranger avaliação clínica, exames complementares, identificação e investigação de fatores de risco. Preferencialmente, deve ser organizada com a lógica da atenção contínua, sendo realizadas avaliações individuais sequenciais pelo médico, enfermeiro, técnico em enfermagem, ACS, dentista e outros profissionais da equipe, seguindo-se com a discussão de caso e a elaboração do plano de cuidados e autocuidado (Quadro 5).

É assegurado à gestante o direito de levar um acompanhante de sua escolha nas consultas (companheiro, mãe, amiga ou outra pessoa).^[17] Sabe-se que a presença do pai (companheiro ou parceiro) na primeira consulta traz significativo diferencial qualitativo a esse atendimento. Não havendo possibilidade da presença do parceiro, um familiar também ajuda sobremaneira, dando confiança à gestante, a qual se sente amparada no cenário da consulta pré-natal.^[5]

O atendimento deve ser sempre realizado em ambiente que garanta segurança, privacidade e sigilo à gestante e parceiro, com escuta aberta e não julgadora, acolhimento das expectativas, conforto e apoio para resolução de conflitos.

Quadro 5. Primeira avaliação do pré-natal.

Anamnese:

- Nome da gestante e do acompanhante
- Idade, cor da pele e descendência racial, naturalidade e procedência, atividades laborais, situação conjugal, aceitação da gravidez, escolaridade, aspectos religiosos
- Percepção a respeito da situação de saúde, queixas gerais e comuns da gravidez (início, tempo de duração, intensidade, ciclicidade e fatores predisponentes), condições crônicas, uso de medicamentos
- Nível de estresse do casal, aceitação da gravidez, sinais indicativos de depressão, existência de medos e tabus, uso de drogas lícitas fumo, álcool, analgésicos, soníferos e estimulantes com prescrição e ilícitas (maconha, cocaína, crack, opioides e solventes)
- Relações e apoio familiar e sociocomunitário
- Antecedentes de violência
- Antecedentes mórbidos pessoais: condições de nascimento e infância, desenvolvimento puberal, doenças comuns da infância, vacinações, alergias, cirurgias (gerais e pélvicas), transfusões de sangue, anestésias, tratamentos clínicos prévios à gestação e no decorrer da gravidez atual, doenças infectocontagiosas, desvios nutricionais, alergias, reações medicamentosas, vacinações, uso crônico de medicamentos prescritos
- Medicamentos de uso contínuo e teratogênicos
- Comportamentos e hábitos de vida: alimentação, atividade física, tabagismo
- Antecedentes ginecológicos: características do ciclo menstrual, uso de métodos anticoncepcionais, cirurgias prévias no útero, cirurgias sobre as mamas (redutoras, adicionais, retirada de nódulos), insuficiência lútea, perdas gestacionais prévias, insuficiência cervical, trabalho de parto pré-termo e pré-eclâmpsia, entre outras; parcerias sexuais
- Antecedentes obstétricos: número de gestações e intervalo entre elas, evolução no pré-natal (aborto, diabetes, parto pré-termo, restrição de crescimento intraútero ou baixo peso ao nascer, pré-eclâmpsia/eclâmpsia, isoimunização Rh, anomalias congênitas no recém-nascido, óbito fetal ou neonatal), via do parto e, se cesárea, qual foi a indicação e há quanto tempo foi realizada, tempo do trabalho de parto, condições do recém-nascido e evolução neonatal
- Movimentação fetal
- Antecedentes familiares: hipertensos, diabéticos, doenças autoimunes, cardiopatas, parentes de primeiro grau que apresentaram pré-eclâmpsia/eclâmpsia, gemelaridade, distócias no parto e doenças infectocontagiosas
- Informações sobre os diversos aparelhos e sistemas, relacionando eventuais queixas às modificações e adequações fisiológicas à gravidez
- Sintomas de alerta
- Situação vacinal
- Data da última menstruação, cálculo da idade gestacional e data provável do parto

Exame físico geral:

- Peso, altura, índice de massa corpórea; registro no gráfico de ganho ponderal
- Pulso, pressão arterial e presença de edema
- Sistema tegumentar (presença de alterações na pele), mucosa ocular, presença de varizes nos membros inferiores, ausculta cardíaca, ausculta pulmonar, palpação da tireoide, avaliação do aparelho locomotor (ênfase na coluna e nos joelhos), cavidade oral (conservação dentária e gengivas) e palpação abdominal

continua...

Exame físico gineco-obstétrico:

- Exame das mamas: inspeção estática e dinâmica; palpação das glândulas mamárias, segmento axilar e axila; expressão mamária; identificação de proliferação das glândulas, aumento do volume, edema, vasodilatação (rede venosa de Haller), aumento da pigmentação da aréola primária, aparecimento da aréola secundária, hipertrofia das glândulas sebáceas do mamilo (tubérculos de Montgomery), inversão de mamilos
- Exame pélvico: inspeção genital (malformações, rupturas, cicatrizes, alterações da coloração, lesões vegetantes e ulcerações), do períneo e região anal; exame com espéculo vaginal (paredes vaginais, características físicas do conteúdo vaginal, colo uterino, presença de lesões como pólipos ou outras potencialmente sangrantes)
- Coleta do exame citopatológico, se necessário
- Exame físico obstétrico: inspeção, palpação, mensuração da altura uterina e ausculta dos batimentos cardíacos fetais (a partir da 12ª semana) e registro do valor exato do número de BCF/min; alterações da coloração (*linha nigra*), estrias, cicatrizes, tensão (polidrâmnio) e outras alterações
- Toque vaginal, se necessário

Exames complementares:

- Exames de rotina (ver Quadro 11)
- Outros exames necessários de acordo com a avaliação clínica

Fatores de risco gestacional:

- Identificação e investigação de fatores de risco relacionados a características individuais e condições socioeconômicas e familiares, e a condições e intercorrências, clínicas ou obstétricas na gestação atual e anteriores
- A relação de fatores listados para a estratificação de risco gestacional pode ser utilizada como um *checklist* para identificação de fatores de risco

Fonte: FEBRASGO^[5]

A unidade de saúde deve dispor equipamento e instrumental mínimo: mesa e cadeiras para acolhimento e escuta qualificada; mesa de exame ginecológico; escada de dois degraus; foco de luz; balança para adultos (peso/altura) com capacidade para até 300kg; esfigmomanômetro com manguitos de diferentes medidas; estetoscópio clínico; estetoscópio de Pinard; sonar doppler; fita métrica flexível e inelástica; espéculos; pinças de Cheron; material para realização do exame colpocitológico, glicosímetro.^[8]

A primeira avaliação completa-se com a estratificação do risco gestacional (Quadro 1), direcionando o acompanhamento do pré-natal, conforme Quadro 6.

Quadro 6. O foco dos cuidados no pré-natal

Estrato de risco	Pré-natal	Foco
Habitual	Pela equipe da APS*	<ul style="list-style-type: none">• Bem-estar da gestante, do bebê e de sua família• Ações de promoção e prevenção de fatores de risco oportunistas• Fortalecimento da capacidade de autocuidado
Intermediário	Pela equipe da APS*	<ul style="list-style-type: none">• Mitigação dos fatores de risco• Ações de prevenção de agravos decorrentes dos fatores de risco• Fortalecimento da capacidade de autocuidado• Fortalecimento do apoio sociofamiliar
Alto risco	Compartilhado entre as equipes da APS e da AAE	<ul style="list-style-type: none">• Estabilização clínica• Vigilância para detecção precoce de agravos decorrentes dos fatores de risco e morbidades identificadas• Fortalecimento do apoio sociofamiliar• Suporte direto à gestante e à sua família

* Com apoio da equipe da AAE, quando necessário.

APS: Atenção Primária à Saúde; AAE: Atenção Ambulatorial Especializada.

A gestante e sua família devem ser bem esclarecidas sobre sua situação de saúde e o estrato de risco, tendo apoio para o planejamento do pré-natal.

Acompanhamento longitudinal

Os fatores determinantes da saúde da gestante são inúmeros e de diferentes naturezas, requerendo abordagem ampla da situação. Assim, a gestante se beneficia do atendimento realizado por equipe multiprofissional desde o primeiro momento. A equipe da APS deve convocar, para colaborar nas ações de pré-natal, os profissionais da equipe da Estratégia Saúde da Família (eSF), da equipe da Estratégia Saúde da Família-Saúde Bucal (eSF-SB), do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e saúde mental, utilizando-se das várias modalidades de prática clínica úteis para o cuidado do usuário com condição crônica.

O enfermeiro e o médico da equipe devem se alternar nas consultas subsequentes, mas com a atenção para uma gestão integrada do cuidado de cada gestante e do grupo de gestantes. A atuação interdisciplinar é favorecida pela discussão de casos, pelo apoio recíproco nas ações de cuidado e pelo planejamento junto das intervenções.

A eSF-SB deve realizar avaliação da saúde bucal da gestante, para identificar morbidades que podem comprometer o bom desenvolvimento da gestação, em especial a doença periodontal, associada à prematuridade. A primeira avaliação deve ser realizada até 1 mês após o início do pré-natal, seguindo-se com avaliações trimestrais minimamente. Os tratamentos necessários devem ser realizados durante a gestação ou planejados para adequação de meios e tratamento após o parto e o nascimento. Deve-se ter atenção especial para diagnóstico e tratamento da doença periodontal, morbidade relacionada à prematuridade.

O ACS deve ser instrumentalizado para realizar, durante a visita domiciliar, a identificação de sinais de alerta e fatores de risco, bem como as orientações relativas às situações monitoradas no Cartão da Gestante.

O técnico em enfermagem deve ter conhecimento e habilidade para a mensuração de dados vitais e antropométricos, a identificação de fatores de risco, a vigilância de sinais de alerta, a avaliação do quadro vacinal, a administração de vacinas e medicamentos, o preenchimento e monitoramento da Caderneta da Gestante, a orientação para as gestantes e seus familiares, e a participação em ações educacionais. Todas as ocasiões de contato com a gestante devem ser aproveitadas para vigilância e monitoramento.

A equipe do NASF, assim como os profissionais da equipe de saúde mental que, em muitos municípios, desenvolve papel de matriciamento das eSF, deve participar ativamente do pré-natal. De maneira especial, o assistente social tem papel fundamental para acompanhar as situações de vulnerabilidade socioeconômica, insuficiência familiar e violência doméstica; o psicólogo é requerido em situações de fragilidade psíquica, não aceitação da gravidez, quadros de depressão e violência doméstica; o fisioterapeuta tem atuação na preparação para o parto normal e em queixas posturais. Podem atuar na modalidade de atendimento compartilhado em grupo ou individuais, quando necessário. Para as gestantes de alto risco, a participação deve ser coerente com o plano de cuidados definido pela equipe especializada.

O atendimento de todos os profissionais deve seguir as recomendações das diretrizes clínicas para avaliação, diagnóstico e conduta, dentro das competências específicas da área.

O número de atendimentos deve ser definido a partir da avaliação da gestante, considerando principalmente as situações de risco gestacional. Daí a importância da estratificação de risco sempre atualizada. Quanto mais grave a situação, maiores a intensidade e a frequência das intervenções de vigilância e cuidado, de acordo com recomendações das diretrizes clínicas.

O Quadro 7 apresenta o quantitativo mínimo e recomendado para a distribuição dos atendimentos durante a gestação e o puerpério. No entanto, "a clínica é mandatária", devendo ser oferecido o número certo de atendimentos de acordo com as necessidades identificadas.

Quadro 7. Parametrização para a distribuição dos atendimentos durante gestação e puerpério.

Cuidado	Recomendado
Pré-natal	<ul style="list-style-type: none">• Atendimentos mensais até a 28ª semana• Atendimentos quinzenais da 28ª até a 36ª semana• Atendimentos semanais da 36ª semana até o parto e nascimento
Puerpério	<ul style="list-style-type: none">• Primeira consulta: até o 7º dia pós-parto• Segunda consulta: entre o 30º e 40º dias pós-parto

Os atendimentos subsequentes devem seguir a um roteiro similar ao da primeira consulta, porém mais simplificado (Quadro 8), com sempre maior atenção para os múltiplos fatores que podem determinar o desenvolvimento da gravidez. A identificação de qualquer alteração deve implicar em reavaliação imediata e atualização do plano de cuidados.

Quadro 8. Rotina de avaliações no pré-natal.

Avaliação clínica e obstétrica
Cálculo da idade gestacional e da data provável do parto
Palpação obstétrica e medida da altura uterina
Avaliação dos movimentos fetais
Ausculta de batimentos cardíacos fetais e registro exato do valor do número de BCF/min
Pesquisa de edema
Acompanhamento do ganho de peso
Monitoramento do nível pressórico
Solicitação e avaliação de exames de rotina e outros necessários de acordo com a avaliação clínica
Situação vacinal
Prescrição do ácido fólico
Prescrição do sulfato ferroso
Uso de medicamentos
Desprescrição ou substituição de medicamentos contraindicados na gestação
Identificação e conduta para intercorrências (sinais de alerta), clínicas ou obstétricas
Identificação e investigação de fatores de risco
Estratificação de risco gestacional e compartilhamento do cuidado com a Atenção Ambulatorial Especializada para as gestantes de alto risco
Vigilância para quadros psíquicos, principalmente depressão
Diagnóstico, tratamento e monitoramento da cura de doenças infecciosas
Diagnóstico, tratamento e monitoramento da estabilização de doenças crônicas
Vinculação à maternidade de referência, de acordo com o estrato de risco
Registro no prontuário
Atualização da Caderneta da Gestante
Atualização do plano de cuidados
Elaboração do plano de parto

Os cálculos da idade gestacional e da data provável do parto devem ser atualizados e confirmados a cada atendimento (Quadros 9 e 10).

Quadro 9. Cálculo da idade gestacional.

Idade gestacional																	
DUM	Como calcular																
A mulher conhece a DUM exata (primeiro dia de sangramento do último ciclo menstrual)	Somar o número de dias do intervalo entre a DUM e a data da consulta e dividir o total por 7 (resultado em semanas) Utilização do gestograma (disco para IG e DPP): direcionar a seta para o dia e mês da DUM e observar o número de semanas indicado na data da consulta																
A mulher não se recorda da DUM exata, mas se recorda do período do mês em que ela ocorreu	Considerar como DUM os dias 5, 15 e 25, dependendo se o período foi no início, meio ou fim do mês Somar o número de dias do intervalo entre a DUM presumida e a data da consulta e dividir o total por 7 (resultado em semanas)																
A mulher não se recorda da DUM exata e nem do período ou tem ciclos irregulares	Presumir a IG considerando a altura do fundo do útero, o toque vaginal e a data de início dos movimentos fetais: <table border="1" data-bbox="512 1509 1257 1823"> <thead> <tr> <th>Semana</th> <th>Mudança clínica</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Até a 6ª</td> <td>Não ocorre alteração do tamanho uterino</td> </tr> <tr> <td>8ª</td> <td>Útero corresponde ao dobro do tamanho normal</td> </tr> <tr> <td>10ª</td> <td>O útero corresponde a 3 vezes o tamanho habitual</td> </tr> <tr> <td>12ª</td> <td>O útero enche a pelve, sendo palpável na sínfise púbica</td> </tr> <tr> <td>16ª</td> <td>O fundo uterino encontra-se entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical</td> </tr> <tr> <td>20ª</td> <td>O fundo do útero encontra-se na altura da cicatriz umbilical</td> </tr> <tr> <td>A partir da 20ª</td> <td>Existe relação direta entre as semanas da gestação e a medida da altura uterina; este parâmetro torna-se menos fiel a partir da 30ª semana de idade gestacional</td> </tr> </tbody> </table> Calcular por meio da ultrassonografia obstétrica para a primeira datação e manter esta IG como referência para os cálculos futuros Observação: a ultrassonografia realizada antes de 26 semanas auxiliar na definição da IG; após esse período, o erro na determinação pode ser de até 3 meses	Semana	Mudança clínica	Até a 6ª	Não ocorre alteração do tamanho uterino	8ª	Útero corresponde ao dobro do tamanho normal	10ª	O útero corresponde a 3 vezes o tamanho habitual	12ª	O útero enche a pelve, sendo palpável na sínfise púbica	16ª	O fundo uterino encontra-se entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical	20ª	O fundo do útero encontra-se na altura da cicatriz umbilical	A partir da 20ª	Existe relação direta entre as semanas da gestação e a medida da altura uterina; este parâmetro torna-se menos fiel a partir da 30ª semana de idade gestacional
Semana	Mudança clínica																
Até a 6ª	Não ocorre alteração do tamanho uterino																
8ª	Útero corresponde ao dobro do tamanho normal																
10ª	O útero corresponde a 3 vezes o tamanho habitual																
12ª	O útero enche a pelve, sendo palpável na sínfise púbica																
16ª	O fundo uterino encontra-se entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical																
20ª	O fundo do útero encontra-se na altura da cicatriz umbilical																
A partir da 20ª	Existe relação direta entre as semanas da gestação e a medida da altura uterina; este parâmetro torna-se menos fiel a partir da 30ª semana de idade gestacional																

Fonte: Brasil.^[8]

DUM: data da última menstruação; IG: idade gestacional; DPP: data provável do parto.

Quadro 10. Cálculo da data provável do parto.

DPP	
Calcula-se a data provável do parto levando-se em consideração a duração média da gestação normal (280 dias ou 40 semanas, a partir da DUM)	Somar 7 dias ao primeiro dia da última menstruação e subtrair 3 meses ao mês em que ocorreu a última menstruação ou adicionar 9 meses, se corresponder aos meses de janeiro a março
	DUM: 13/09/04 ► DPP: 20/06/05 (13 + 7 = 20; e 9 - 3 = 6)
	DUM: 13/02/02 ► DPP: 13/11/02 (mês 2 + 9 = mês 11)
Utilização do gestograma: direcionar a seta para o dia e mês da DUM e observar a data indicada pela seta como DPP	

Fonte: Brasil^[8]

DPP: data provável do parto; DUM: data da última menstruação.

Atualmente estão disponíveis aplicativos gratuitos para calcular a idade gestacional e a data provável do parto a partir da data da última menstruação ou da idade gestacional obtida por ecografia obstétrica, como o Calculadora Gestacional do TelessaúdeRS³.

Os exames complementares de rotina da gravidez devem ser solicitados logo na primeira avaliação e no segundo e terceiro trimestres (Quadro 11). Todas as gestantes devem realizar os exames, sendo que na gestação de alto risco o plano de cuidados pode considerar a necessidade de outros exames especializados ou de um monitoramento mais frequente de determinadas situações, como controle de cura de infecções.

A gestante deve ser sempre informada sobre a finalidade dos exames na detecção de situações que podem comprometer sua saúde e a do bebê.

Todos os resultados devem ser registrados de maneira clara e precisa na Caderneta da Gestante.

A situação vacinal deve ser monitorada de acordo com o calendário vacinal vigente, como mostra o Quadro 12.

São contraindicadas durante a gestação as vacinas de vírus vivos, como é o caso da tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola), varicela (catapora) e papilomavírus humano (HPV), que poderão ser aplicadas no puerpério e durante a amamentação. A vacina de febre amarela está contraindicada na gestação e durante a amamentação.

A suplementação diária oral de ferro e ácido fólico é recomendada como parte da assistência pré-natal para reduzir o risco de baixo peso no nascimento, anemia materna e deficiência de ferro (Quadro 13).

Muitos medicamentos e fitoterápicos podem ter efeitos danosos para o feto em qualquer momento da gravidez, causando malformações congênitas (teratogênese), prejuízo para o crescimento e o desenvolvimento funcional do feto, ou efeitos tóxicos sobre os tecidos fetais. Devem ser consultadas as recomendações para uso de medicamentos durante a gravidez.

Em todas as oportunidades, a equipe deve ficar atenta para identificar sinais de alerta para intercorrências clínicas ou obstétricas, independente da gravidade. As queixas das gestantes devem ser sempre valorizadas e avaliadas. As ocorrências de internação ou atendimento de urgência na maternidade ou na unidade de pronto atendimento devem ser prontamente investigadas, corrigindo o plano de cuidados, se necessário (Quadro 14).

³ Calculadora Gestacional do TelessaúdeRS-UFRGS/aplicativos: <https://www.ufrgs.br/telessauders/aplicativos/>

Quadro 11. Os exames de rotina no pré-natal

Exame	Quando solicitar			Resultado	Interpretação e conduta	
	1º TRI	2º TRI	3º TRI			Observação
Tipagem sanguínea (ABO e Rh)	x			• O fator Rh negativo indica a prevenção e o rastreamento da isoimunização materna e doença hemolítica fetal	• Rh negativo	• Solicitar Coombs indireto
				• Rh positivo	• Orientação sobre a ausência de riscos para o bebê	
Coombs indireto	x			• Detecta a presença de anticorpos anti-Rh (quando Rh negativo), indicando possível doença hemolítica fetal	• Coombs indireto negativo	• Repetir mensalmente a partir de 24 semanas de IG
				• Coombs indireto positivo	• Programar junto à maternidade imunoglobulina anti-D em até 72 horas pós-parto ou interrupção da gestação	
Hemograma	x	x	x	• A anemia gestacional está relacionada a abortamento espontâneo, parto prematuro, hemorragia durante o trabalho de parto, hipóxia, recém-nascido de baixo peso, anemia para o recém-nascido e baixa na imunidade.	• Hb $\geq 11\text{g/dL}$ ► ausência de anemia	• Suplementação de ferro a partir da 20ª semana de gestação (Quadro 13)
					• Hb 8-11g/dL ► anemia leve à moderada	• Investigar e tratar parasitoses intestinais
					• Hb $< 8\text{g/dL}$ ► anemia grave	• Realizar tratamento e controle de cura da anemia de acordo com as diretrizes clínicas
Eletroforese de hemoglobina	x			• A gravidez é uma situação potencialmente grave para usuárias com doença falciforme, assim como para o feto e o recém-nascido. Os efeitos na gravidez podem ser aumento das crises dolorosas, piora do quadro de anemia, abortamento, crescimento intrauterino restrito, trabalho de parto prematuro e pré-eclâmpsia, além de complicações respiratórias e digestivas.	• Hb AA ► padrão normal	• Não há necessidade de encaminhamento ou orientações especiais
					• Hb A com qualquer variante ► gestante sem doença falciforme	
					• Hb AS ► traço falciforme	• Não há necessidade de encaminhamento ao pré-natal de alto risco
Glicemia de jejum (ver Figura 8)	x			• A hiperglicemia materna, em qualquer das formas de diabetes na gravidez, está associada a um aumento de complicações fetais e neonatais (macrossomia fetal, prematuridade, morte intrauterina, hipoglicemia e disfunção respiratória neonatal) e na gestante (hipertensão, pré-eclâmpsia, elevação de índices de cesariana)	• Hb SS, HbSC, Hb S β + tal, Hb S β 0tal ou Hb SD Punjab ► doença falciforme	• Investigar a possibilidade do pai da criança ter o traço falciforme e orientar sobre os cuidados com o recém-nascido
					• <92mg/dL ► exame normal	• Compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco
					• 92-125mg/dL ► exame alterado	• Se história de diagnóstico de diabetes mellitus prévio à gestação: compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco
					• $\geq 126\text{mg/dL}$ ► exame alterado	• Sem diagnóstico prévio de diabetes mellitus: manter o monitoramento de rotina do pré-natal, com programação dos exames subsequentes
					• $\geq 126\text{mg/dL}$ ► exame alterado	• Atenção para gestantes com fatores de risco para diabetes
Teste oral de tolerância para glicose (glicemia de jejum e 1 e 2 horas após 75g de dextrosol; preferencialmente entre 24ª e 28ª semana) (ver Figura 8)		x			• Diagnóstico prévio de diabetes mellitus	• Se história de diagnóstico de diabetes mellitus prévio à gestação: compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco
					• Jejum $< 92\text{mg/dL}$ e 1 hora $< 180\text{mg/dL}$ e 2 horas $< 153\text{mg/dL}$	• Se história de diagnóstico de diabetes mellitus prévio à gestação: compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco
					• Jejum 92-125mg/dL ou 1 hora $\geq 180\text{mg/dL}$ ou 2 horas $\geq 153-199\text{mg/dL}$	• Sem diagnóstico prévio de diabetes mellitus: diagnóstico de diabetes mellitus gestacional ► compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco
					• Jejum $\geq 126\text{mg/dL}$ ou 2 horas $\geq 200\text{mg/dL}$	• Sem diagnóstico prévio de diabetes mellitus: diabetes mellitus com diagnóstico na gravidez ► compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco

continua...

Teste rápido para sífilis (ou outro teste treponêmico) e VDRL (ou outro teste não treponêmico) (Figura 10)	x		x	<ul style="list-style-type: none"> A sífilis materna é uma doença com risco de complicações para a mulher e de transmissão vertical e repercussão importante para o feto: abortamento, baixo peso ao nascer, prematuridade, infecções congênicas e óbito perinatal 	<ul style="list-style-type: none"> Teste rápido não reagente e VDRL não reagente 	<ul style="list-style-type: none"> Se primeiro exame for não reagente e ausência de suspeita clínica de sífilis ou se os dois testes forem não reagentes: ausência de infecção ou período de incubação (janela imunológica) de sífilis recente Manter o monitoramento de rotina do pré-natal, com programação dos exames subsequentes até o momento do parto Em caso de suspeita clínica e/ou epidemiológica, solicitar nova coleta de amostra em 30 dias
					<ul style="list-style-type: none"> Teste rápido reagente e VDRL reagente 	<ul style="list-style-type: none"> Se primeiro exame for reagente, coletar amostra para o segundo exame e iniciar o tratamento Se segundo exame reagente: diagnóstico de sífilis ► notificação, conclusão do tratamento, controle de cura (VDRL mensal) e programação para investigação de sífilis congênita no neonato Se segundo exame não reagente: ver combinações seguintes Avaliação da parceria sexual Consultar as diretrizes para protocolo de controle de cura e vigilância de reinfeção
					<ul style="list-style-type: none"> Teste rápido reagente e VDRL não reagente 	<ul style="list-style-type: none"> Se teste rápido (primeiro exame) for reagente, coletar amostra para o segundo exame e iniciar o tratamento Segundo exame não reagente: realizar terceiro exame (teste treponêmico com metodologia diferente do primeiro) Se terceiro exame não reagente: resultado falso reagente para o primeiro teste, sendo excluído o diagnóstico de sífilis Se terceiro exame reagente: suspeita de sífilis recente ou de sífilis tratada, caso haja documentação de tratamento adequado ► notificação, conclusão do tratamento, controle de cura (VDRL mensal) e programação para investigação de sífilis congênita no neonato Avaliação da parceria sexual Consultar as diretrizes para protocolo de controle de cura e vigilância de reinfeção
					<ul style="list-style-type: none"> VDRL reagente e teste rápido não reagente 	<ul style="list-style-type: none"> Provável falso-reagente no teste não treponêmico, principalmente nos casos em que a titulação for menor ou igual a 1:4 Se titulação > 1:4, realizar teste treponêmico com metodologia diferente do primeiro teste treponêmico realizado ► avaliar resultado, história de tratamento anterior, titulação dos resultados anteriores, avaliação clínica ► concluir se cicatriz sorológica ou infecção aguda
Teste rápido para HIV ou sorologia anti-HIV	x		x	<ul style="list-style-type: none"> A mulher infectada com o vírus HIV tem riscos para desenvolvimento da doença e de transmissão vertical, com repercussões para o bebê 	<ul style="list-style-type: none"> Negativo 	<ul style="list-style-type: none"> Manter o monitoramento de rotina do pré-natal, com programação dos exames subsequentes até o momento do parto
					<ul style="list-style-type: none"> Positivo 	<ul style="list-style-type: none"> Compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco e/ou Serviços de Referência para DST/AIDS
Toxoplasmose, IgM e IgG	x	x (se IgG não reagente)	x (se IgG não reagente)	<ul style="list-style-type: none"> A toxoplasmose é uma doença que pode cursar de maneira assintomática para a gestante, mas ser transmitida verticalmente, com repercussões importantes para o bebê: restrição de crescimento intrauterino, morte fetal, prematuridade e/ou manifestações clínicas e sequelas como microftalmia, lesões oculares, microcefalia, hidrocefalia, calcificações cerebrais, pneumonite, hepatoesplenomegalia, erupção cutânea e retardo mental 	<ul style="list-style-type: none"> IgG positivo e IgM negativo ► gestante com imunidade; com doença antiga ou toxoplasmose crônica. 	<ul style="list-style-type: none"> Não há necessidade de novas sorologias
					<ul style="list-style-type: none"> IgG negativo e IgM negativo ► gestante suscetível 	<ul style="list-style-type: none"> Orientar medidas de prevenção primária Manter o monitoramento de rotina do pré-natal, com programação dos exames subsequentes até o momento do parto
					<ul style="list-style-type: none"> IgG positivo e IgM positivo ► infecção aguda ou IgM residual 	<ul style="list-style-type: none"> Solicitar teste de avidéz de IgG (utilizar a mesma amostra) Se alta avidéz e IG < 16 semanas ► é provável que a doença tenha sido adquirida previamente à gestação ► IgM residual Se baixa avidéz e IG < 16 semanas ► existe a possibilidade da infecção ter sido na gestação ► iniciar tratamento e compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco Se IG > 16 semanas (independente do teste de avidéz) ► infecção aguda ► iniciar tratamento e compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco Consultar as diretrizes para informações mais detalhadas sobre investigação e tratamento

continua...

Teste rápido para hepatite B ou sorologia para hepatite B (HbsAg)	x			<ul style="list-style-type: none"> A hepatite B tem alto potencial de morbidade da doença para a mãe e o feto. Neonatos infectados têm grande probabilidade de se tornarem portadores crônicos e desenvolverem doença hepática ao longo da vida. 	<ul style="list-style-type: none"> Negativo Positivo 	<ul style="list-style-type: none"> Manter o monitoramento de rotina do pré-natal, com programação dos exames subsequentes até o momento do parto Vacinação contra hepatite B Compartilhar o cuidado com o Pré-natal de Alto Risco e/ou Serviços de Referência para DST/AIDS Programação, junto à maternidade de referência, da administração de imunoglobulina e vacinação do recém-nascido imediatamente após o parto
Urina tipo 1 (urina rotina) e urocultura (Figuras 7 e 9)	x		x	<ul style="list-style-type: none"> A infecção urinária representa risco importante de pielonefrite aguda e está fortemente relacionada à prematuridade 	<ul style="list-style-type: none"> Proteinúria (associada às síndromes hipertensivas da gestação e a doença renal) 	<ul style="list-style-type: none"> "Traços": repetir o exame em 15 dias; em caso de proteinúria persistente, compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco "Traços" e hipertensão e/ou edema ou "Maciça": compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco Monitorar o nível pressórico
					<ul style="list-style-type: none"> Piúria/bacteriúria/leucocitúria (associada à presença de processo inflamatório em qualquer ponto do trato urinário, mais comumente infecção urinária) 	<ul style="list-style-type: none"> Solicitar urocultura e iniciar tratamento empiricamente Se urocultura positiva: ajuste do tratamento de acordo com o antibiograma, conclusão do tratamento e controle de cura Se urocultura negativa: suspender o tratamento, manter o monitoramento de rotina do pré-natal, com programação dos exames subsequentes O terceiro episódio de cistite ou o segundo episódio de pielonefrite indicam o compartilhamento do cuidado com o pré-natal de alto risco
					<ul style="list-style-type: none"> Cilindrúria (associada a lesão renal) 	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação clínica e compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco
					<ul style="list-style-type: none"> Hematúria 	<ul style="list-style-type: none"> Se associada à piúria, considerar hipótese de infecção urinária e seguir conduta específica Se isolada, avaliar sangramento vaginal e repetir exame em 15 dias ► persistência da hematúria na ausência de sangramento vaginal ► compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco
Citopatológico do colo uterino (Papanicolaou)	x			<ul style="list-style-type: none"> A coleta do Papanicolaou está indicada para as mulheres acima de 25 anos, de acordo com o protocolo de rastreamento do câncer de colo de útero Pode ser realizado durante toda a gestação, mas, preferencialmente deve ser coletado na primeira avaliação do pré-natal Se forem identificadas alterações, dar prosseguimento à propedêutica Caso haja confirmação de lesão cancerígena, avaliar tratamento com a equipe oncológica 		
Ultrassonografia obstétrica		x		<ul style="list-style-type: none"> Situação ideal: realizar primeiro exame entre 11 e 13 semanas, para datação Caso seja possível apenas um exame, a realização entre 20 e 24 semanas auxilia na datação, sem grande erro e permite estudo morfológico 		
Observações						
Anti-CMV IgG e IgM				<ul style="list-style-type: none"> Não há consenso do rastreamento de rotina do CMV no pré-natal, uma vez que o diagnóstico da doença aguda é extremamente difícil. Além disso, grande parte das infecções fetais ocorre por reativação em mulheres previamente expostas e, dessa forma, pacientes com IgG positivo não se isentam 		
Anti-HCV (hepatite C)				<ul style="list-style-type: none"> O rastreamento para o HCV reserva-se às gestantes de risco, que são: as usuárias de drogas injetáveis, presidiárias, mulheres HIV positivas ou com parceiros HIV positivos, mulheres expostas a hemoderivados ou que receberam transfusão de sangue, bem como gestantes com alteração da função hepática, com múltiplos parceiros ou tatuadas. 		
Cultura de Streptococcus				<ul style="list-style-type: none"> 35-37 semanas, quando disponível 		

Fonte: Brasil^[8]; FEBRASGO^[5]; Belo Horizonte^[13]; OPAS, MS, FEBRASGO, SBD^[15]; Brasil^[16]IG: idade gestacional; Hb: hemoglobina; TOTG: Teste oral de tolerância para glicose; CMV: citomegalovírus; HCV: hepatite C.

Quadro 12. Monitoramento da situação vacinal.

Vacina recomendada	Histórico vacinal	Conduta no período
Tríplex bacteriana acelular do tipo adulto (difteria, tétano e coqueluche) – dTpa ou dTpa-VIP Dupla adulto (difteria e tétano) – dT • A dTpa está recomendada em todas as gestações, pois além de proteger a gestante e evitar que ela transmita a Bordetella pertussis ao recém-nascido, permite a transferência de anticorpos ao feto protegendo-o nos primeiros meses de vida, até que possa ser imunizado • Mulheres não vacinadas na gestação devem ser vacinadas no puerpério, o mais precocemente possível • Na falta de dTpa, pode ser substituída por dTpa-VIP, ficando a critério médico o uso <i>off-label</i> em gestantes	• Não vacinada previamente ou vacinação desconhecida	• 3 doses com intervalo mínimo de 60 dias, sendo as duas primeiras de dT e a última de dTpa, aplicada a partir da 20ª semana (preferencialmente entre 27ª e 36ª)
	• Vacinação incompleta tendo recebido uma dose de vacina contendo o componente tetânico	• 1 dose de dT e uma dose de dTpa, sendo que a dTpa deve ser aplicada a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível (intervalo mínimo de 1 mês entre elas)
	• Vacinação incompleta tendo recebido duas doses de vacina contendo o componente tetânico	• 1 dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível
	• Previamente vacinada, com pelo menos três doses de vacina contendo o componente tetânico	• 1 dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível
Vacina contra hepatite B • A vacina hepatite B é recomendada para todas as gestantes suscetíveis	• Não vacinada ou vacinação desconhecida e HbsAg negativo	• 3 doses, com esquema 0 - 1 - 6 meses (intervalo de 30 dias entre a primeira e a segunda dose e de 6 meses entre a primeira e a terceira dose)
	• Não vacinada ou vacinação desconhecida e HbsAg positivo	• Não é necessário vacinar
	• Vacinação incompleta	• Completar o esquema de 3 doses, considerando o histórico de vacinação anterior
	• Vacinação completa	• Não é necessário vacinar
Vacina contra influenza • A gestante é grupo de risco para as complicações da infecção pelo vírus influenza.	• Não vacinada ou vacinada em campanha anterior	• Dose única, durante a campanha anual, em qualquer idade gestacional

Fonte: MS^[9]; SBIM^[10].

Quadro 13. Medicamentos no ciclo gravídico puerperal

Medicamento	Comentário
Sulfato ferroso	<ul style="list-style-type: none"> • A suplementação de ferro reduz em 70% o risco de anemia materna na gestação a termo • Dose: 60mg de ferro elementar/dia • Período: a partir da 20ª semana até o parto
Ácido fólico	<ul style="list-style-type: none"> • O fechamento do tubo neural se dá ao redor da 6ª semana de gestação e existem evidências de que o ácido fólico é essencial na prevenção dos defeitos de fechamento de tubo neural, como espinha bífida ou meningocele. • Dose: 0,4 a 0,8mg/dia (40 gotas da solução 0,2mg/mL), para gestantes com baixo risco para defeitos de fechamento do tubo neural, e 5,0mg/dia, para gestantes com alto risco para defeitos de fechamento de tubo neural (cirurgia bariátrica; antecedentes de malformações neurológicas; uso concomitante de antagonistas de ácido fólico, como o ácido valproico, em caso de epilepsia) • Período: 1 mês antes da gravidez até a 12ª semana gestacional.

Fonte: FEBRASGO.^[6]

Quadro 14. Sinais de alerta.

- Pressão arterial elevada (PAS ≥140mmHg ou PAD ≥90mmHg)
- Fortes dores de cabeça, visão embaralhada, ou enxergando estrelinhas
- Ausência de movimento fetal por mais de 12 horas
- Corrimento vaginal escuro (marrom ou preto)
- Inchaço nos pés, pernas e no rosto, principalmente ao acordar
- Dor ou ardor ao urinar
- Sangramento ou perda de líquido pela vagina, mesmo sem dor
- Contrações fortes, dolorosas e frequentes
- Febre de origem não conhecida

PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica.

A estratificação de risco gestacional deve ser atualizada em todos os atendimentos programados e sempre que for identificada nova situação.

Assim como para a captação inicial da gestante, o acompanhamento longitudinal deve considerar o contexto de vulnerabilidade que, muitas vezes, torna-se uma barreira para a continuidade do cuidado. O absenteísmo deve imediatamente desencadear a busca ativa da gestante.

Para as gestantes estratificadas como de alto risco, em qualquer momento da gravidez, é fundamental o compartilhamento do cuidado entre as equipes da APS e AAE, garantindo a continuidade do cuidado "como se fossem uma única equipe". O plano de cuidados é a ferramenta mais importante para a integração entre as equipes. Ele deve ser elaborado inicialmente pela APS e, com o primeiro ciclo de atendimentos pela equipe especializada, corrigido e complementado, com definição das metas terapêuticas e monitoramento das intervenções propostas. O acompanhamento compartilhado quer dizer que a gestante continua a cumprir a agenda de atendimentos na APS, além de agregar os atendimentos no pré-natal de alto risco.

Para a mulher, o ciclo gravídico puerperal traz mudanças intensas no âmbito relacional e emocional, em contextos familiares e sociais protetores ou de risco, que devem ser valorizadas pela equipe de saúde.

O desejo e aceitação da gravidez; a preocupação com o desenvolvimento do bebê, principalmente na gravidez de alto risco; as transformações no corpo próprias da gestação; o abortamento ou morte fetal em gestações anteriores; as mudanças na relação com o companheiro, outros filhos e toda a família; as mudanças na rotina da casa e do trabalho; a reorganização necessária para os cuidados do pré-natal e parto; a existência de doenças crônicas e outras situações de risco gestacional, todos esses fatores, inevitavelmente, em maior ou menor intensidade, provocam sentimentos e reações na mulher.

Ao mesmo tempo, a equipe deve estar vigilante para alterações de maior gravidade, que podem se caracterizar como um transtorno mental, na maioria das vezes depressivo e de ansiedade, e podem provocar outras situações de risco para a mãe e o bebê. A vigilância deve se estender ao período pós-natal, quando são frequentes quadros depressivos graves.

É importante que a equipe acolha a gestante, seu companheiro e sua família, e dê o apoio necessário para o esclarecimento de dúvidas, a reorganização da rotina de vida, e o planejamento futuro do pré-natal, parto e puerpério e cuidado do recém-nascido. As várias modalidades de atendimento em grupo são uma grande ocasião para o compartilhamento e os enfrentamentos das situações.

Para as situações de maior gravidade, a eSF deve compartilhar o cuidado com a equipe de saúde mental, colaborando para a definição do plano de cuidados e aumentando o nível de vigilância, cuidado e apoio à gestante e à sua família.

As morbidades diagnosticadas durante a gravidez ou previamente existentes significam situações de risco para a gestante e bebê. Doenças hemorrágicas e hipertensivas, e diabetes estão entre as causas mais frequentes de morte materna e infantil; infecção urinária e doença periodontal relacionam-se à prematuridade; sífilis e toxoplasmose podem levar à morte fetal ou a complicações importantes para os recém-nascidos.

Assim, o manejo dessas condições deve ser preciso (ver Figuras 7 – manejo das síndromes hipertensivas, 8 – manejo da diabetes gestacional, 9 – manejo da infecção urinária, 10 – manejo da sífilis). O objetivo é a estabilização ou a cura das morbidades, prevenindo os desfechos mais graves.

Uma ação que demonstra a qualidade do fluxo na RAS é a vinculação da gestante à maternidade de referência, dependendo da estratificação de risco. A gestante também deve ter a oportunidade de visitar a maternidade, para conhecer sua localização e acesso, a equipe de profissionais, os locais de atendimento e o funcionamento geral.

O período final da gestação, com relação à data provável do parto, deve ter monitoramento mais intenso. O estrato de risco, o risco de prematuridade, a distância e tempo de deslocamento até a maternidade de referência, as condições de transporte e as particularidades do plano de parto definem a necessidade de transferência da gestante para a Casa da Gestante ou local similar de hospedagem próximo à maternidade, previamente ao início do trabalho de parto.

Durante a internação da parturiente, a equipe da APS deve monitorar o desenvolvimento do parto e nascimento, bem o período pós-natal imediato do binômio, por meio de informações de familiares ou de contato direto com a equipe da maternidade. A comunicação sobre a data estimada de alta possibilita a programação para a visita

domiciliar pelo ACS, até 48 horas pós-alta ou, em caso de risco ao nascer, pelo enfermeiro e pelo ACS, dentro das 24 horas pós-alta. A visita domiciliar pós-alta ativa a continuidade do cuidado para a mulher, no período puerperal, e para a criança, na puericultura.

A primeira consulta puerperal deve ser realizada na primeira semana pós-alta, preferencialmente, coincidindo com as ações do quinto dia para o recém-nascido. A segunda consulta puerperal ocorre entre 30 e 40 dias pós-parto. Ambas as consultas devem focar na identificação e no tratamento de complicações comuns nesse período, principalmente hemorragias e infecções, muitas vezes causa do óbito materno.

Concluído o período puerperal, a mulher deve ser orientada com relação à continuidade do cuidado com sua saúde, no planejamento familiar, no acompanhamento das condições crônicas diagnosticadas durante a gestação e para o fortalecimento da capacidade de autocuidado.

A Caderneta da Gestante é o principal instrumento educacional para a gestante, contendo uma síntese do desenvolvimento da gravidez nos vários aspectos acompanhados. A gestante e sua família devem conhecer as informações registradas, sendo proativos no monitoramento das ações de cuidado no pré-natal, bem como das situações de risco identificadas.

É um documento da gestante, que deve apresentá-lo em todas as ocasiões para preenchimento. Os profissionais devem registrar os dados requeridos de maneira fiel e completa, em todos os atendimentos do pré-natal, e orientar a gestante sobre seu significado. Nas visitas domiciliares, o ACS sempre deve solicitar a caderneta, verificar sua atualização e monitorar as situações registradas. O conteúdo dos atendimentos e atividades em grupo também deve ser relacionado à proposta da caderneta.

Plano de parto

O plano de parto é um documento elaborado pela gestante sobre suas preferências, desejos e expectativas com relação ao parto e ao nascimento, incluindo alguns procedimentos dos profissionais. Normalmente, ela pode definir sobre os acompanhantes que deseja que estejam presentes; as condições do ambiente em que será realizado o parto, como iluminação, música, realização de fotos ou vídeos, entre outros; os métodos para alívio da dor; o tipo de alimentação ou bebidas que vai ingerir; a posição de expulsão do bebê; quem corta o cordão umbilical, entre outras preferências.

A gestante pode elaborar o plano durante todo o pré-natal, tendo tempo para esclarecer dúvidas, dialogar com os profissionais e ouvir a experiência de outras mulheres. Uma vez elaborado, ele deve ser impresso e entregue à equipe perinatal da maternidade de referência.

É importante a pactuação prévia com as maternidades de referência, para que ela acolham e dialoguem com as gestantes sobre as preferências expressas, levando-se em consideração as condições para uma resposta adequada, como a organização do local de assistência, as limitações (físicas e recursos) relativas à unidade, e a disponibilidade de certos métodos e técnicas.

A gestante também deve ser informada sobre a conduta em eventuais situações de risco, nas quais o plano de parto pode não ser respeitado de maneira integral.

Ações educacionais

Um dos grandes objetivos do acompanhamento do pré-natal é o fortalecimento da capacidade de autocuidado das gestantes, que "é muito mais que dizer a elas o que devem fazer".^[6] Significa apoiá-las para:

- Gerenciar a sua própria condição.
- Conhecer e avaliar a própria situação de saúde.
- Definir estratégias e metas para o cuidado.
- Definir estratégias e metas relativas a comportamentos e hábitos de vida.
- Fortalecer as relações familiares e comunitárias de apoio.

As ações educacionais devem cumprir esse objetivo. Podem ser utilizadas várias metodologias, como grupos operativos, grupos de pares, sala de espera e outras.

Considerando as situações que se apresentam durante o ciclo gravídico puerperal, podem ser abordados vários temas, como apresenta o Quadro 15.

Quadro 15. Temas para atividades educacionais no ciclo gravídico puerperal

- Acompanhamento do pré-natal e puerperal
- Pré-natal do parceiro
- Sinais, sintomas e queixas frequentes na gestação
- Sinais de alerta na gestação e no período neonatal
- Mudanças psicoemocionais no período gestacional
- Medicamentos prejudiciais na gestação e riscos da automedicação
- Depressão gestacional e pós-parto e prevenção contra suicídio
- Dinâmica familiar
- Alimentação
- Tabagismo
- Sobrepeso e obesidade
- Atividade física
- Autoestima e autoimagem
- Vacinação da mãe e do bebê
- Trabalho na gestação e organização da rotina para o retorno ao trabalho após o término da licença
- Atividade sexual na gravidez e puerpério
- Riscos do alcoolismo, tabagismo e outras drogas na gestação
- Prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis
- Prevenção de arboviroses
- Acidentes de trânsito
- Prevenção de acidentes domésticos
- Vinculação e visita à maternidade
- Parto: vias de parto e plano de parto
- Cuidados puerperais
- Cuidados com o recém-nascido e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do bebê
- Amamentação: vantagens para mãe e bebê; fatores dificultadores e desestimulantes; posicionamento; frequência das mamadas; cuidados pós-mamadas; principais problemas, causas, prevenção e soluções; e ordenha manual e mecânica
- Direitos sexuais e reprodutivos
- Planejamento sexual e reprodutivo
- Métodos de anticoncepção hormonais, de barreira, cirúrgicos e comportamentais
- Fertilidade e infertilidade
- Sexualidade
- Disfunções sexuais
- Violência sexual e doméstica
- Cuidados de higiene pessoal e doméstica
- Vulvovaginites
- Câncer de colo uterino
- Câncer de mama
- Climatério/menopausa

A gestão da condição de saúde na Atenção Primária à Saúde

O Quadro 16 resume as ações de cuidado no ciclo gravídico puerperal. Algumas das ações foram marcadas de acordo com a idade gestacional ou período puerperal, outras são contínuas e outras ainda devem ser programadas pela equipe.

Quadro 16. Mapeamento do processo do pré-natal e do puerpério.

Ações de cuidado no pré-natal e puerpério	1º trimestre		2º trimestre			3º trimestre										Parto	Puerpério	
	1-8	9-13	14-16	17-22	23-28	29-30	31-32	33-34	35-36	37	38	39	40	41	1		4	
Confirmação da gestação e captação da gestante	x																	
Atendimentos																		
1º ciclo de avaliação do pré-natal (enfermeiro, médico, técnico enfermagem e ACS)	x																	
Atendimento subsequente pelo enfermeiro	x	x		x		x		x		x		x		x		x		
Atendimento subsequente pelo médico	x		x		x		x		x		x		x				x	
Visita domiciliar pelo ACS	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	
Avaliação odontológica		x			x			x										
Ações educacionais		x			x			x										
Marcadores do cuidado																		
Exame clínico-obstétrico																		
Avaliação clínica geral	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Pressão arterial	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Ganho ponderal	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
DUM /IG /DPP	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Avaliação de crescimento fetal (altura uterina)		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Batimentos cardíacos		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Palpação obstétrica (determinação da situação, posição e apresentação fetal)									x	x	x	x	x	x				
Estratificação de risco	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Vigilância dos sinais de alerta	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	
Manejo das doenças infecciosas com risco de transmissão vertical: tratamento e monitoramento da cura ou estabilização																		
Manejo da infecção urinária: tratamento e monitoramento da cura																		
Manejo da doença periodontal: tratamento e monitoramento da cura																		
Avaliação de medicamentos utilizados																		
Tabagismo: estimular e acompanhar a redução ou interrupção	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	
Envolvimento do pai nos cuidados da gestação	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Ações do pré-natal do pai	x		x			x												
Avaliação do apoio sociofamiliar	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Vigilância de situações de sofrimento psíquico	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Vigilância de situações de violência doméstica	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Medicação profilática:																		
Ácido fólico	x	x																
Sulfato ferroso				x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Vacinação	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Atualização da Caderneta da Gestante	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Monitoramento do plano de cuidados																		
Elaboração e monitoramento do plano de parto																		
Exames complementares																		
Tipagem sanguínea e fator Rh	x																	
Coombs indireto (se Rh negativo)	x		x			x												
Hemograma	x		x			x												
Eletroforese de hemoglobina	x																	
Glicemia de jejum	x																	
Teste de tolerância para glicose com 75g						x												
Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR	x						x											

continua...

O CUIDADO DA GESTANTE NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

A gestante estratificada como alto risco deve ser comunicada sobre os fatores de risco e as morbidades identificadas, com o devido cuidado. Para isso, a equipe deve estar atenta à sua capacidade de compreensão, à labilidade psicoemocional, ao apoio familiar, às relações sociais e às possíveis situações de vulnerabilidade, apoiando-a no replanejamento das rotinas de vida, família e trabalho que, muitas vezes, precisam ser modificadas.

Existindo riscos para a gestante e para o feto, todas as ações de cuidado tomam caráter de alerta contínuo para todos os profissionais e serviços da RAS.

A gestante de alto risco segue a rotina de acompanhamento na APS, realizando todos os exames de rotina, imunização, medicação profilática e orientações. A equipe especializada deve aprofundar o manejo das morbidades e outras situações que caracterizam o alto risco, com foco no tratamento adequado e na estabilização até o momento do parto e nascimento.

Esta Nota Técnica propõe a organização do pré-natal de alto risco de acordo com o MACC, segundo o qual o manejo da condição crônica deve ser realizado por equipe multiprofissional, com atuação interdisciplinar. Essa composição amplia a possibilidade de um apoio e manejo adequados nas várias situações clínicas, funcionais e sociofamiliares apresentadas pela gestante.

O Quadro 17 apresenta a composição mínima da equipe e o Quadro 18 suas principais competências no manejo da gestante de alto risco.

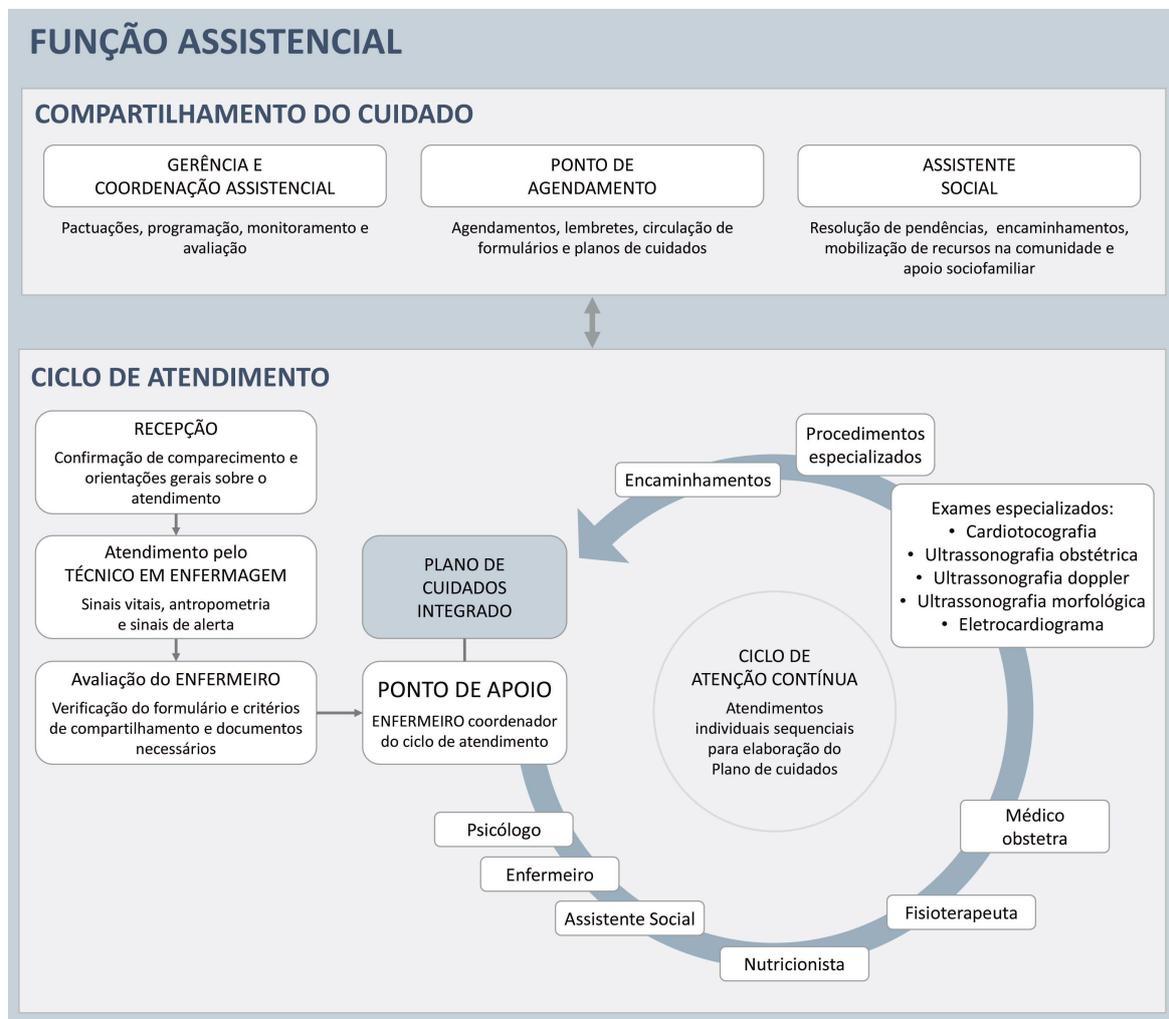
Quadro 17. Composição da equipe especializada.

Médico obstetra
Enfermeiro ou Obstetrix
Psicólogo
Assistente Social
Fisioterapeuta
Nutricionista

Quadro 18. Competências da equipe especializada no manejo da gestante de alto risco.

COMPETÊNCIAS GERAIS	
<p>Competências na função assistencial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar atendimento para gestantes e puérperas compartilhadas pelas equipes da APS, na modalidade interdisciplinar de atenção contínua, de acordo com as competências e atribuições de cada categoria profissional • Elaborar com a equipe o plano de cuidados individualizado e o plano de parto e puerpério em conformidade com as diretrizes clínicas vigentes • Realizar monitoramento clínico com foco na estabilização da usuária • Realizar o registro do atendimento no prontuário, caderneta da gestante, formulários, encaminhamentos, laudos <p>Competências na função educacional e supervisonal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar ações de capacitação e apoio matricial presencial (nas UBSs e no ambulatório) e à distância para as equipes da APS • Participar dos momentos de capacitação, reuniões e discussões de casos clínicos pela equipe da AAE • Participar de atividades educacionais para as gestantes, acompanhantes e familiares 	
COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS	
Médico obstetra	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar atendimento médico em ginecologia e obstetria para gestantes e puérperas compartilhadas pelas equipes da APS • Atualizar a estratificação de risco gestacional • Solicitar e avaliar exames laboratoriais, cardiocografia basal e ultrassonografia e outros exames necessários • Realizar o manejo das morbidades diagnosticadas durante a gestação • Prescrever medicações e realizar monitoramento clínico para cura e/ou estabilização das morbidades diagnosticadas • Solicitar interconsultas ou compartilhamento do cuidado de outros pontos de atenção da RAS para as situações especiais diagnosticadas • Intervir nas situações de urgência/emergência que ocorram durante o atendimento no ambulatório
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar consulta do enfermeiro para gestantes e puérperas compartilhadas pelas equipes da APS, de acordo com a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) • Realizar o gerenciamento do cuidado das gestantes e puérperas no ambulatório e monitorar a consonância dos atendimentos com as diretrizes clínicas adotadas • Atualizar a estratificação de risco gestacional • Realizar o exame de cardiocografia basal • Realizar intervenções necessárias dentro de sua competência técnica
Psicólogo	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar atendimento psicológico individual para gestantes e puérperas compartilhadas pelas equipes da APS com foco na capacidade de autocuidado e fatores de risco sociofamiliares identificados • Aplicar método de entrevista semiestruturada para avaliação e intervenção terapêutica relacionadas à auto percepção e autoestima; planejamento, desejo e aceitação da gravidez; situação conjugal e familiar; situações de conflito e violência; relações, ambiente e condições de trabalho; uso de drogas lícitas e ilícitas; relações e contexto comunitário; dificuldades enfrentadas na gestação; preparação para o parto, chegada do bebê, amamentação; reorganização da dinâmica familiar; planejamento sexual e reprodutivo • Avaliar a capacidade para o autocuidado e nível de letramento em saúde da gestante e propor intervenções para seu fortalecimento
Assistente social	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar atendimento em serviço social para gestantes e puérperas compartilhadas pelas equipes da APS, na modalidade interdisciplinar de atenção contínua • Identificar os fatores determinantes sociais da saúde das usuárias e acompanhantes, por meio das abordagens individuais e coletivas, de modo a facilitar as possibilidades de intervenção • Avaliar com a equipe as melhores estratégias para enfrentamento de problemas vinculados à situação socioeconômica e familiar • Estabelecer rotinas e fluxos que facilitem o melhor acesso das usuárias aos serviços, benefícios, programas e projetos a que eles têm direito • Realizar encaminhamentos para serviços da rede intersetorial, visando o atendimento integral das demandas e necessidades apresentadas • Desenvolver ações de fortalecimento do autocuidado
Fisioterapeuta	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar atendimento fisioterápica para gestantes e puérperas compartilhadas pelas equipes da APS, na modalidade interdisciplinar de atenção contínua • Realizar avaliação fisioterapêutica específica considerando as comorbidades, idade e queixas da usuária • Diagnosticar disfunções e elaborar projetos terapêuticos para serem desenvolvidos pelas eSF e NASF, considerando o contexto socioeconômico, cultural, capacidade de autocuidado, nível de letramento em saúde • Realizar orientação para as principais disfunções musculoesqueléticas no processo gestacional, puerperal e de lactação • Intervir no tratamento de disfunções ginecológicas e urológicas, antes e após parto • Realizar preparação para o parto, com exercícios respiratórios, relaxamentos, orientações posturais, alongamento, fortalecimento do assoalho pélvico e abdominal e drenagem linfática. • Realizar orientação sobre a mecânica corporal, prática de exercícios físicos e postura • Realizar orientação sobre as situações da gravidez com restrição de atividades físicas
Nutricionista	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar atendimento nutricional para gestantes e puérperas compartilhadas pelas equipes da APS, na modalidade interdisciplinar de atenção contínua • Aplicar o inquérito alimentar junto à gestante e acompanhante • Elaborar proposta de plano de melhoria alimentar individualizado, considerando o período da gestação ou puerpério, preferências da gestante, morbidades diagnosticadas, contexto socioeconômico e cultural, disponibilidade de alimentos, sazonalidade, capacidade de autocuidado, letramento em saúde, suporte familiar e social • Realizar monitoramento nutricional de gestantes com sobrepeso, obesidade, diabetes, síndromes hipertensivas e outras morbidades diagnosticadas • Registrar os dados de acompanhamento nutricional e ganho ponderal no cartão da gestante e gráficos e monitoramento • Incentivar o aleitamento materno

A função assistencial é desenvolvida principalmente no formato de atenção contínua, caracterizada por ciclos de atendimentos individuais sequenciais, para avaliação clínica pelos profissionais, exames diagnósticos complementares e prescrição das condutas e recomendações, sistematizadas em um único plano de cuidados (Figura 5).



Fonte: Matos et al.^[11]

Figura 5. Função assistencial no ambulatório de atenção à gestante de alto risco.

Todos os profissionais da equipe devem participar do primeiro ciclo de atendimentos, compondo uma avaliação diagnóstica abrangente, a partir da qual elabora-se o plano de cuidados adequado para a situação da gestante. Nos ciclos de atendimento subsequentes, a participação deve seguir as definições do plano de cuidados.

Considerando que os fatores de risco e morbidades que levam ao alto risco são, em grande parte, também preditivos da prematuridade, a equipe da pediatria deve participar do acompanhamento da gestante, apoiando o monitoramento clínico, com foco no desenvolvimento fetal, e orientando sobre os cuidados futuros com o recém-nascido, que devem ser preparados ainda durante o pré-natal.

O ambulatório deve disponibilizar um conjunto mínimo de exames especializados: a cardiocotografia e a ultrassonografia (obstétrica, com Doppler e morfológica). Outros exames, como eletrocardiograma, devem ser solicitados de acordo com a avaliação clínica obstétrica da gestante. Da mesma maneira, outros profissionais especializados devem ser mapeados na RAS e solicitados para morbidades específicas.

O acompanhamento pela equipe especializada deve se estender, a partir do compartilhamento do cuidado, até a ocorrência do parto e nascimento. Deve ser compartilhado com a equipe da APS de referência para a gestante

durante todo o período, o que requer o estabelecimento de modalidades de comunicação entre os profissionais das duas equipes, de maneira a discutir o caso e a revisar o plano de cuidados, sempre que necessário e com prontidão.

A periodicidade e a frequência de agendamentos deve ser ditada pelo plano de cuidados, sendo mais intensa para as gestantes com instabilidade clínica.

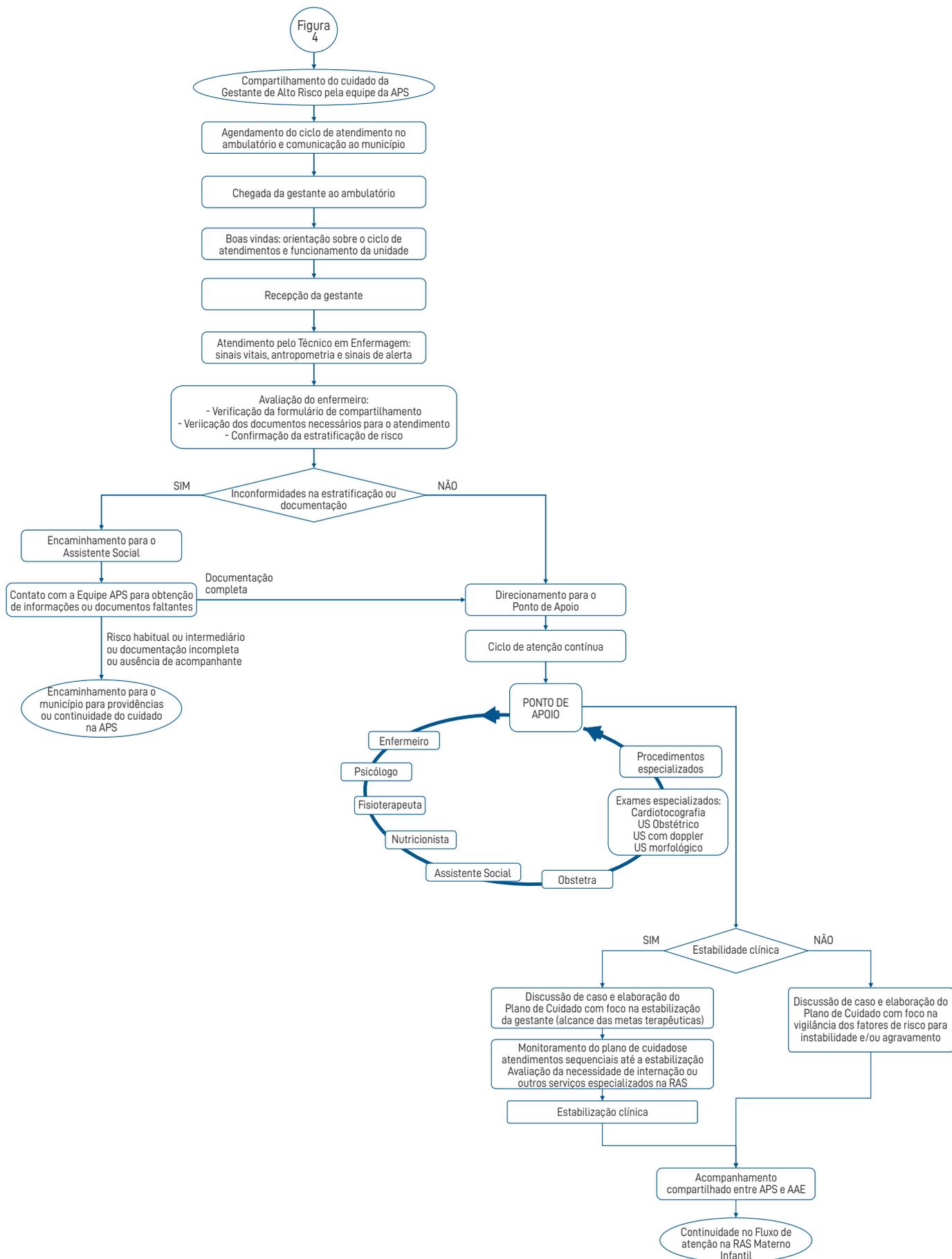
Para a programação da assistência e do dimensionamento da capacidade operacional a ser disponibilizada, podem ser aplicados os parâmetros relativos à média de atendimentos por gestante, apurados na experiência dos Laboratórios de Inovação na Atenção às Condições Crônicas (LIACC) (Quadro 19).

Quadro 19. Parametrização para a programação assistencial do atendimento de gestantes de alto risco na atenção especializada

Médico obstetra	5 atendimentos/GAR/ano
Enfermeiro	5 atendimentos/GAR/ano
Psicólogo	5 atendimentos/GAR/ano
Assistente social	5 atendimentos/GAR/ano
Nutricionista	30% dos atendimentos
Fisioterapeuta	1 atendimentos/GAR/ano
Técnico em enfermagem	5 atendimentos/GAR/ano
Ultrassom obstétrico	2 exames/GAR/ano
Ultrassom obstétrico com Doppler	2 exames/GAR/ano
Ultrassom morfológico	2 exames/GAR/ano
Tococardiografia anteparto	2 exames/GAR/ano
ECG	1 exame/ano/30% das GAR

GAR: gestante de alto risco; ECG: eletrocardiograma.

A figura 6 é um fluxograma de atenção à gestante e puérpera na AAE.



APS: Atenção Primária à Saúde; AE: Atenção Ambulatorial Especializada.
Figura 6. Fluxograma de atenção à gestante e puérpera na Atenção Ambulatorial Especializada.

MANEJO DAS MORBIDADES MAIS PREVALENTES NA GESTAÇÃO

A morbimortalidade materna, fetal e infantil está diretamente relacionada a morbidades durante a gestação, destacando-se a doença hipertensiva, o *diabetes mellitus*, a infecção do trato urinário (ITU), a sífilis materna e a doença periodontal.

O acompanhamento rotineiro do pré-natal deve garantir ações de prevenção e diagnóstico precoce dessa morbidades, bem como o pronto estabelecimento da abordagem terapêutica, o controle de cura e estabilização e o monitoramento clínico até o final da gestação, de acordo com as diretrizes clínicas.

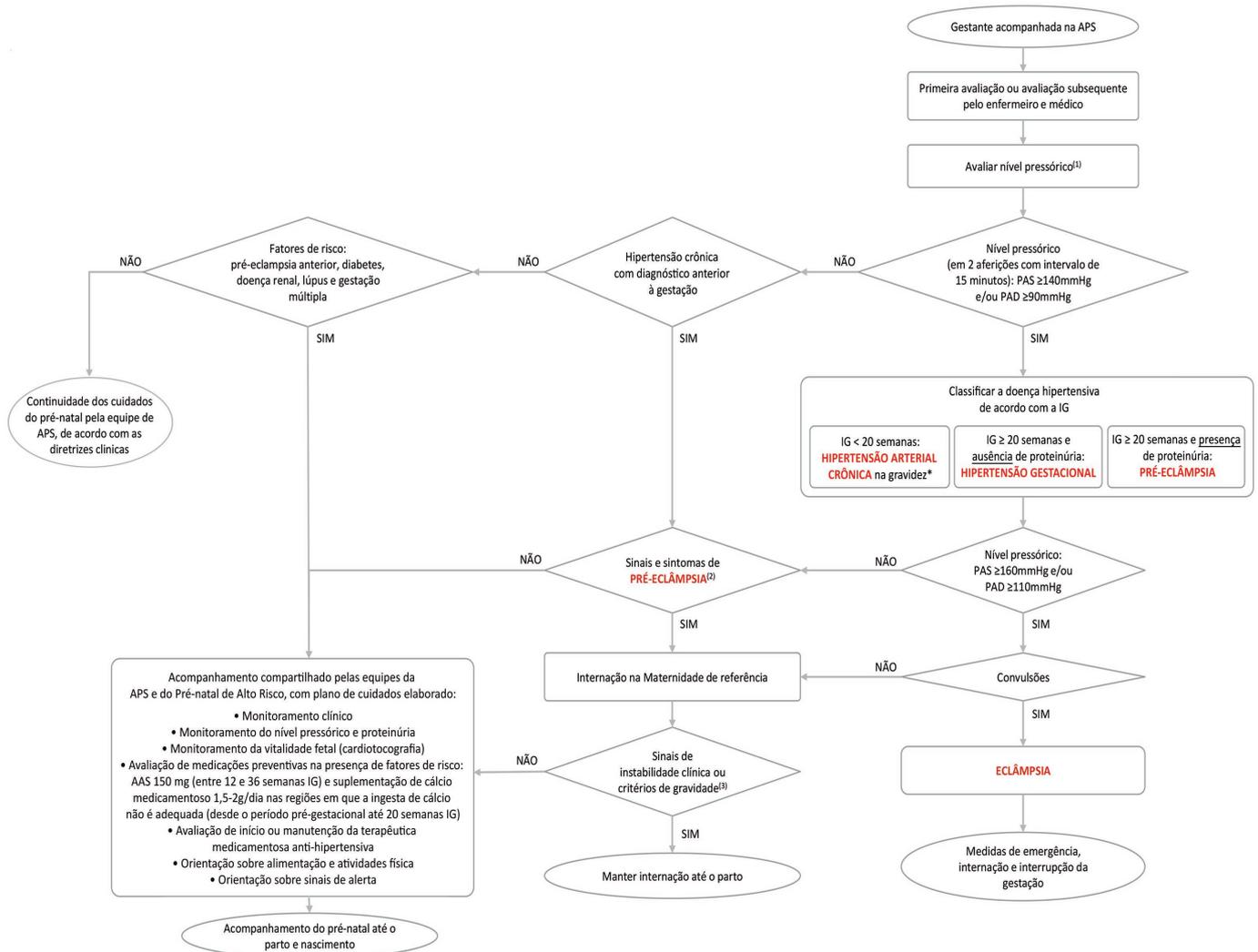
Manejo das síndromes hipertensivas na gestação

As síndromes hipertensivas na gravidez constituem um dos capítulos mais relevantes dentro da obstetrícia, acometendo de 5% a 10% das gestações, com uma incidência calculada para nosso país de 1,5% de pré-eclâmpsia e 0,5 % de eclâmpsia. Além das altas taxas de mortalidade, pode levar a limitações definitivas na saúde materna e a graves consequências ao feto e ao recém-nascido, sendo a maior causa de prematuridade no Brasil.^[5,8]

A medida da pressão arterial é recomendada na consulta pré-concepcional e em todas as consultas do pré-natal, pois a melhor estratégia para diagnosticar a hipertensão na gestação parece ser a detecção precoce da pressão arterial anormal.^[12]

Define-se hipertensão na gravidez como pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica ≥ 90 mmHg, em pelo menos duas aferições, após intervalo de repouso de 15 minutos. A pressão diastólica deve ser identificada pela fase V de Korotkoff. Pressão arterial sistólica ≥ 160 mmHg e/ou pressão arterial diastólica ≥ 110 mmHg configuram hipertensão grave.^[13,14]

Para o manejo das síndromes hipertensivas, consultar a Figura 7 e as diretrizes clínicas de referência.



(1) PROCEDIMENTO PADRÃO PARA AFERIÇÃO DO NÍVEL PRESSÓRICO

A medida deve ser feita com a paciente sentada, em um dos antebraços elevado à altura do átrio (metade do osso externo), devendo ser repetida em um ou dois intervalos de cinco minutos. Considerar o 5º ruído de Korotkoff (desaparecimento da bulha). Os manguitos habitualmente disponíveis fazem a leitura para braços com perímetro ao redor de 30cm. Pacientes obesas necessitam de manguitos apropriados ou tabelas de correção segundo seu perímetro braquial.

(2) SINAIS E SINTOMAS DE PRÉ-ECLÂPSIA (MS, 2013; SMS-BH, 2019; FEBRASGO, 2017)

Proteinúria ≥ 300 mg em 24 horas ou $\geq 1+$ em fita ou plaquetas < 100.000 , creatinina $> 1,1$ mg/dL ou 2x valor de referência (na ausência de outra doença renal), aumento de enzimas hepáticas duas vezes o valor de referência ou descontrole pressórico com necessidade de aumento progressivo de doses de anti-hipertensivos ou sintomas sugestivos de pré-eclampsia (cefaleia, dificuldades visuais, dor epigástrica ou em quadrante superior do abdome) ou aumento rápido do peso (> 500 g/sem) ou diminuição do movimento fetal, sangramento vaginal e sinais de trabalho de parto prematuro

(3) CRITÉRIOS DE GRAVIDADE (MS, 2013)

- PAS ≥ 160 mmHg ou PAD ≥ 110 mmHg
 - Proteinúria de 24h > 3 g
- Perda progressiva da função renal
 - Disfunção hepática
- Sinais de hemólise microangiopática
 - Plaquetopenia ($< 100.000/mm^3$).
 - Eclâmpsia
- Sinais de eclâmpsia iminente: visão turva, diplopia, escotomas cintilantes, cefaleia, tontura, epigastralgia, confusão mental, perda da consciência
- Sinais de descompensação cardíaca: cianose, edema agudo de pulmão, insuficiências pulmonar e cardíaca
- Fundoscopia alterada: hemorragia retiniana, exsudatos, edema de papila
 - Restrição do crescimento fetal
 - Oligodrâmnio

Fonte: FEBRASGO;^[5,14] Brasil;^[8] Belo Horizonte.^[13]

* Atenção para as gestantes com hipertensão arterial crônica, que evoluem após 20 semanas IG com piora do controle pressórico e/ou aumento da proteinúria, o que indica o diagnóstico de pré-eclâmpsia sobreposta.

APS: Atenção Primária à Saúde; PAS: pressão arterial sistêmica; PAD: pressão arterial diastólica;

IG: idade gestacional; AAS: ácido acetilsalicílico.

Figura 7. Fluxograma para manejo das síndromes hipertensivas na gestação.

Manejo da sífilis na gestação

A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica, de evolução crônica, sujeita a surtos de agudização e períodos de latência. É causada pelo *Treponema pallidum*, uma espiroqueta de transmissão sexual ou vertical, que pode causar, respectivamente, a forma adquirida ou congênita da doença. Seu diagnóstico e seu tratamento podem ser realizados com baixo custo e pouca ou nenhuma dificuldade operacional. No entanto, a prevalência na gestação e a transmissão vertical ainda são preocupantes em todo o território nacional.

A sífilis na gestação requer intervenção imediata, com o objetivo de reduzir a possibilidade de transmissão vertical. O risco de acometimento fetal varia de 70% a 100%, dependendo da fase de infecção da gestante, bem como do trimestre da gestação. Por esse motivo, o rastreamento deve ser realizado nos três trimestres da gravidez, bem como no momento da internação hospitalar.^[13]

Os profissionais de saúde devem estar aptos a identificar as manifestações clínicas e classificar os estágios da sífilis, assim como a interpretar os resultados dos testes que desempenham função importante no controle do agravo, permitindo a definição do diagnóstico e o monitoramento da resposta terapêutica.^[16] A prevenção, o diagnóstico e o tratamento de gestantes e parcerias sexuais com sífilis devem ser priorizados nas equipes da APS, principalmente em contextos sociofamiliares de risco.

Para o manejo da sífilis na gestação, consultar a Figura 10 e as diretrizes clínicas de referência^[16].

Teste rápido	NÃO REAGENTE		REAGENTE																					
Tratamento inicial	-		S																					
VDRL / PRP	NÃO REAGENTE		NÃO REAGENTE								REAGENTE													
3º exame	-		NÃO REAGENTE		REAGENTE												-							
História de tratamento anterior	-		-		N		S						N		S									
Resultado VDRL após tratamento	-		-		-		N		S						-		N		S					
Redução da titulação VDRL	-		-		-		-		-		S		N		-		-		-		S		N	
Sinais sintoma e/ou parceria sexual com sífilis não tratada	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	S	N	N	S	N	S	N	S	S	N				
Infecção atual	N	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	
Classificação	Ausência sífilis	REC.	Falso reag. TR	REC.	TAR.	REC.	TAR.	REC.	TAR.	REC.	REC.	Cicat. Sorol.	TAR.	REC.	TAR.	REC.	TAR.	REC.	REC.	Cicat. Sorol.				
Completar tratamento	N	S	N	N	S	N	S	N	S	N	N	N	S	N	S	N	S	N	N	N				
Controle tratamento até final da gravidez	N	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	N				
Rastreamento até o final da gestação e parto	N	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	N				
Programação para investigação sífilis congênita no neonato	N	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	N				

Fonte: Brasil^[16]

TR: teste rápido; N: não; S: sim; REC: recente; TAR: tardia.

Figura 10. Manejo da sífilis na gestação.

Manejo da doença periodontal na gestação

A gestante pertence a um grupo de atendimento prioritário na atenção primária, o que já justificaria ter seu atendimento odontológico priorizado. Durante a gravidez, é frequente o aumento dos problemas gengivais, com maior gravidade das gengivites e aumento do sangramento gengival, alterações estas relacionadas a deficiências nutricionais, placa bacteriana, altos níveis hormonais e estado transitório de imunodepressão.^[17]

As doenças bucais, especialmente a periodontal, têm sido associadas a diversas condições patológicas perinatais, incluindo o parto prematuro, a rotura prematura de membranas e a ocorrência de baixo peso.^[4] No entanto, a literatura disponível não aponta relação de causalidade entre doença periodontal e eventos gestacionais adversos.^[12]

A equipe deve garantir minimamente uma consulta de avaliação odontológica, preferencialmente logo após o início do pré-natal. O seguimento e o tratamento completo devem ser agendados de acordo com a necessidade identificada. Atenção especial deve ser dada às gestantes com morbidades, como o diabetes. Acredita-se que isso exerça um papel sinérgico, junto de outras medidas dirigidas à prevenção do parto prematuro.^[4]

COORDENAÇÃO DO CUIDADO

Toda a equipe deve garantir o cuidado completo e de qualidade para as gestantes e puérperas residentes no território de abrangência. Para isso, devem ser utilizados alguns instrumentos de gestão da condição de saúde da gestação e puerpério:

- *Checklist* do macroprocesso de cuidado: para identificar a estrutura necessária e os processos que devem ser organizados (Anexo 1).
- Programação da atenção: para dimensionar a capacidade de resposta operacional dos serviços (Anexo 2).
- Acesso regulado: para garantir modalidades diretas de compartilhamento do cuidado da gestante de alto risco entre a equipe da APS e do ambulatório de atenção ao pré-natal de alto risco.
- Educação permanente: para proporcionar o aperfeiçoamento contínuo da prática clínica.
- Sistema de gerenciamento: para qualificar a modalidade de registro, o monitoramento e a avaliação.

REGISTRO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Registro de atendimentos

Todos os atendimentos, individuais ou coletivos, e procedimentos devem ser devidamente registrados no prontuário clínico da gestante/puérpera, por todos os profissionais responsáveis. Preferencialmente, a unidade deve dispor de um sistema de registro eletrônico, configurado em suas funcionalidades de acordo com a lógica do modelo de atenção e que ofereça relatórios úteis para a gestão da saúde da população.

O registro coletivo é uma ferramenta de gestão utilizada para coletar dados sobre a saúde de um grupo populacional, com condição de saúde específica, atendidos por uma equipe ao longo de um período. É elaborado a partir de dois eixos: uma lista de pessoas com determinada condição crônica e um conjunto de informações relacionadas a cadastro, estratificação de risco, processos de cuidado, marcadores clínicos e resultados de impacto.

As informações coletadas permitem o monitoramento das ações de cuidado, gerando lembretes e *feedbacks* para as equipes e os usuários, e alimentam o painel de indicadores necessário para a gestão da condição de saúde.

O registro clínico do ciclo gravídico puerperal deve incluir os dados mínimos de acompanhamento do pré-natal, parto e puerpério, como a idade gestacional de captação, número de consultas e exames realizados, podendo ampliar essa lista para todos os marcadores incluídos na matriz de mapeamento do processo do pré-natal e puerpério (Quadro 16) e ainda para um terceiro conjunto de marcadores clínicos e desfecho.

Painel de indicadores

O sistema de gerenciamento da RAS deve dispor de um painel de indicadores que possibilitem o monitoramento e a avaliação dos processos de cuidado, e dos resultados na saúde das pessoas usuárias.

O Quadro 20 reúne os principais indicadores do cuidado no ciclo gravídico puerperal.

Quadro 20. Painel de indicadores da Rede de Atenção à Saúde materno-infantil.

Objetivo: reduzir a morbimortalidade infantil e materna
<ul style="list-style-type: none">• Taxa de mortalidade infantil• Razão de mortalidade materna• Taxa de prematuridade• Coeficiente de incidência de sífilis congênita
Objetivo: melhorar a qualidade na assistência ao pré-natal, parto e puerpério na APS
<ul style="list-style-type: none">• Percentual de gestantes identificadas na área de abrangência da unidade• Percentual de gestantes inscritas no acompanhamento no pré-natal (cobertura de pré-natal)• Percentual de gestantes captadas no primeiro trimestre da gestação• Percentual de gestantes acompanhadas no pré-natal e com estratificação de risco realizada• Percentual de gestantes acompanhadas, com cumprimento de todos os itens de acompanhamento do pré-natal• Percentual de gestantes com diagnóstico de sífilis• Percentual de gestantes com diagnóstico de sífilis e tratadas de acordo com o protocolo• Percentual de gestantes de alto risco atendidas na atenção especializada• Percentual de gestantes com critério para a gestão de caso, acompanhadas segundo o plano de cuidado• Percentual de gestantes com internação clínica/obstétrica durante a gestação• Índice de cesarianas• Percentual de puérperas acompanhadas• Percentual de puérperas internadas em UTI
Objetivo: melhorar a qualidade na assistência ao pré-natal, parto e puerpério na AAE (pré-natal de alto risco)
<ul style="list-style-type: none">• Percentual de gestantes de alto risco encaminhadas pelas equipes da APS, em relação a número estimado• Percentual de gestantes de alto risco acompanhadas por equipe multidisciplinar• Percentual de gestantes de alto risco com plano de cuidado elaborado• Percentual de gestantes de alto risco com estabilidade clínica• Percentual de gestantes de alto risco com internação em UTI após o parto

APS: Atenção Primária à Saúde; AAE: Atenção Ambulatorial Especializada; UTI: unidade de terapia intensiva.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério de Saúde. Portaria 4.279, 30 dezembro 2010 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010 [cited 2019 Nov 14]. Available from: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf
2. Mendes EV. As redes de atenção à saúde [Internet]. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011 [cited 2019 Nov 14]. Available from: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965
3. Brasil. Ministério de Saúde. Rede Cegonha [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011 [cited 2019 Nov 14]. Available from: <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/rede-cegonha>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2019 Nov 14]. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf
5. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Manual de assistência pré-natal [Internet]. 2. ed. São Paulo: FEBRASGO; 2014 [cited 2019 Nov 14]. Available from: https://www.febrasgo.org.br/images/arquivos/manuais/Manuais_Novos/Manual_Pre_natal_25SET.pdf
6. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. [Internet]. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012 [cited 2019 Nov 14]. Available from: <https://apsredes.org/o-cuidado-das-condicoes-chronicas-na-atencao-primaria-a-saude-o-imperativo-da-consolidacao-da-estrategia-da-saude-da-familia/>
7. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health [Internet]. Stockholm: Institute for future; 1991 [cited 2019 Nov 14]. Available from: <https://www.iffs.se/en/publications/working-papers/policies-and-strategies-to-promote-social-equity-in-health/>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2019 Nov 14]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
9. Brasil. Ministério da Saúde. Calendário de vacinação 2019 [Internet]. Available from: <http://saude.gov.br/saude-de-a-z/vacinacao/#calendario>
10. Sociedade Brasileira de Imunização. Calendário de vacinação 2019 [Internet]. Available from: <https://sbim.org.br/images/calendarios/calend-sbim-gestante.pdf>
11. Matos MAB, Priscila RRL, Rubia PB. PlanificaSUS: Carteira de Serviços para organização do Ambulatório de Atenção Especializada. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein; Ministério da Saúde, 2019
12. Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. Atenção à saúde da gestante em APS [Internet]. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2017 [cited 2019 Nov 14]. Available from: <http://dms.ufpe.edu.br/ares/handle/123456789/192>.
13. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo Pré-Natal e Puerpério. 2. ed. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde; 2019 [cited 2019 Nov 14]. Available from: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/protocolo-pre-natal-perperio-31-05-2019.pdf>.
14. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Pré-eclâmpsia nos seus diversos aspectos [Internet]. São Paulo: FEBRASGO; 2017 [cited 2019 Nov 14]. Série, Orientações e Recomendações FEBRASGO, n. 8. Available from: https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/12-PRE_ECLAMPSIA.pdf
15. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil [Internet]. Brasília, DF: OPAS; 2017 [cited 2019 Nov 14]. Available from: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/pdf/diabetes-gestacional-relatorio.pdf>
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019 [cited 2019 Nov 14]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>
17. Fortaleza. Secretaria Municipal da Saúde. Diretrizes clínicas da atenção a gestante: assistência pré-natal [Internet]. Fortaleza: Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza, 2016 [cited 2019 Nov 14]. Available from: https://saude.fortaleza.ce.gov.br/images/Diretrizes_Clinicas_2016/gestantes.pdf
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 569 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2000 Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_569.pdf. Acesso em: 14 nov. 2019. 2000c

ANEXO 1. Checklist do macroprocesso de cuidado

Instrumento de avaliação dos macroprocessos de atenção à gestação, parto e puerpério na Atenção Primária à Saúde

Município:		Data da avaliação:	
Unidade:		Profissional responsável:	

Metodologia:

O instrumento contém 65 afirmações sobre a organização dos macroprocessos da Atenção Primária à Saúde (APS) voltados para o cuidado da gestante e puérpera. A equipe deve discutir e pontuar de acordo com os critérios:

0: não existe.

1: existe de forma limitada.

2: existe de forma razoável.

3: existe de forma ótima.

No final, fazer a somatória dos pontos e calcular o percentual de cumprimento ou conformidade dos processos.

Item	Verificação (descrição da forma ótima)	Avaliação (de acordo com os critérios)	Pontuação
Organização geral	A equipe tem acesso e conhece a diretriz clínica de referência e a utiliza rotineiramente para diagnóstico, solicitação de exames complementares para diagnóstico ou acompanhamento, estratificação de risco, manejo e encaminhamento para a atenção especializada, quando for necessário		
	Os processos relativos ao pré-natal e puerpério estão organizados na unidade		
	A unidade disponibiliza esfigmomanômetros, com manguitos nas várias medidas, em todos os espaços de atendimento		
	A unidade disponibiliza balança e fita métrica		
	A unidade disponibiliza pinar e sonar para avaliação dos batimentos cardíofetais		
Captação e primeira consulta	A equipe tem estratégias para captação precoce da gestante		
	A equipe tem estratégias específicas para captação precoce de gestantes em situação de vulnerabilidade		
	O Teste Rápido para Gravidez é disponibilizado na unidade		
	A mulher com suspeita de gestação é prontamente acolhida pela equipe		
	Após a confirmação diagnóstica a gestante é orientada sobre o início do pré-natal e é agendada a primeira consulta		
	Os exames do pré-natal são solicitados na ocasião da confirmação da gestação		
	A primeira consulta do pré-natal é realizada em tempo oportuno, pelo enfermeiro ou médico		
	A estratificação de risco gestacional é realizada na primeira consulta		
	O estado vacinal da gestante é verificado e a vacinação recomendada é realizada, se necessária		
	O registro do atendimento é devidamente realizado no prontuário e no instrumento de registro coletivo		
A Caderneta da Gestante é entregue na primeira consulta, com orientação adequada			
Acompanhamento	O médico da unidade realiza consultas de pré-natal e puerpério		
	O médico da unidade segue o roteiro mínimo da consulta do pré-natal e puerpério recomendado pelas diretrizes		
	O enfermeiro da unidade realiza consultas de pré-natal e puerpério		
	O enfermeiro da unidade segue o roteiro mínimo da consulta do pré-natal e puerpério recomendado pelas diretrizes		
	Em todas as consultas de pré-natal é realizada ausculta dos batimentos cardíofetais		
	Em todas as consultas de pré-natal é realizada estratificação de risco gestacional		
	Em todas as consultas de pré-natal é realizada vigilância de sinais de alerta		
	O técnico de enfermagem, durante os procedimentos rotineiros da unidade, realiza abordagem da gestante adequadamente, com avaliação de sinais de alerta, nível pressórico (nas ações de monitoramento clínico), verificação do cartão da gestante e orientação		

continua...

	Durante a visita domiciliar, o ACS monitora a situação da gestante e realiza ações de educação em saúde, encaminhando a gestante para avaliação da equipe em caso de intercorrências		
	O cirurgião-dentista realiza a avaliação de todas as gestantes e o tratamento quando necessário		
	Os profissionais do NASF realizam atendimento da gestante durante o pré-natal		
	A equipe realiza vigilância para violência contra a gestante, em suas várias formas de manifestação		
	Todos os profissionais conhecem a estratificação de risco gestacional		
	A estratificação de risco é atualizada em cada atendimento programado		
	O manejo da gestante é realizado de acordo com o estrato de risco		
	Todos os exames laboratoriais de rotina do pré-natal são garantidos para todas as gestantes		
	O ultrassom de rotina do pré-natal é garantido para todas as gestantes		
	A gestante tem prioridade para realização da coleta		
	O resultado dos exames com alteração são comunicados imediatamente à equipe pelo laboratório responsável, para instituição do tratamento ou abordagem necessária		
	Os testes rápidos para HIV, sífilis e hepatite são realizados na unidade		
	A gestante tem acesso à vacinação na unidade		
	A unidade monitora o estado vacinal de todas as gestantes, fazendo busca ativa para as faltantes ou em atraso		
	A Caderneta da Gestante é atualizada em todos os atendimentos do pré-natal		
	O técnico de enfermagem e ACS conhecem todos os campos da Caderneta da Gestante e sabem orientar a gestante e seus familiares sobre os diversos itens		
Acompanhamento compartilhado com a AAE	A gestante de alto risco é encaminhada para o ambulatório em tempo oportuno		
	Os fluxos e regras de encaminhamento são conhecidos por todos os profissionais da unidade		
	Eventuais dificuldades ou tempo longo de espera para agendamento são comunicados e discutidos com a equipe do ambulatório e reportados para o Grupo Condutor da RAS materno-infantil		
	A equipe realiza acompanhamento integrado para todas as gestantes de alto risco		
	Os profissionais do NASF participam do acompanhamento da gestante de alto risco durante o pré-natal		
	A equipe conhece, interage rotineiramente e recebe o apoio da equipe do ambulatório		
	A equipe monitora o plano de cuidado da gestante de alto risco elaborado pela equipe do ambulatório		
	A equipe propõe para as gestantes a elaboração e monitoramento do plano de autocuidado		
	A equipe está capacitada e utiliza rotineiramente as tecnologias voltadas para a mudança de comportamento e os novos formatos de prática clínica: atenção contínua, atenção compartilhada em grupo, grupo operativo, autocuidado apoiado, grupo de pares		
	As atividades em grupo são propostas rotineiramente para as gestantes		
A equipe conhece e utiliza a gestão de caso para acompanhamento das gestantes em situações especiais definidas pelas diretrizes clínicas			
Parto e nascimento	É realizada a vinculação da gestante com a maternidade onde acontecerá o parto e nascimento, de acordo com o estrato de risco		
	As gestantes realizam visita à maternidade durante o pré-natal, para conhecimento das instalações e dos processos do parto e nascimento e interação com a equipe		
	A equipe intensifica o monitoramento do pré-natal nas últimas semanas de gestação, principalmente para as gestantes de alto risco ou em situação de vulnerabilidade		
	A equipe monitora à distância o parto e o nascimento, conhecendo rapidamente as intercorrências e a previsão de alta hospitalar		

continua...

Puerpério	A equipe realiza a visita domiciliar, preferencialmente dentro das 48 horas pós-alta, para se apropriar do sumário de alta, fazer vigilância de sinais de alerta para a puérpera e o recém-nascido, orientar sobre o aleitamento materno exclusivo e desempenhar outras ações educacionais		
	A equipe realiza as ações do 5º dia para a puérpera e recém-nascido		
	A equipe realiza a consulta puerperal precoce (até o 7º dia)		
	A equipe realiza a consulta puerperal tardia (até o 42º dia)		
	A equipe apoia a gestante no planejamento do período puerperal, com relação à reorganização da rotina familiar, ao apoio necessário no período pós-natal e à consulta puerperal		
	A equipe pactua com as equipes de outras unidades a realização da consulta puerperal das mulheres que passarão esse período em casa de parentes e orienta adequadamente a gestante		
	A equipe identifica as puérperas de outras unidades, temporariamente residindo na área de abrangência, realiza a consulta puerperal e comunica a equipe de origem		
Registro, monitoramento e avaliação	A equipe realiza o registro coletivo do acompanhamento das gestantes e puérperas e o utiliza para o monitoramento das ações de cuidado		
	A equipe monitora sistematicamente o painel de indicadores de processo, resultados clínicos intermediários e resultados finais do acompanhamento das gestantes e puérperas		
	A equipe notifica e investiga o óbito de mulheres em idade fértil, gestantes e puérperas, o óbito fetal e o óbito infantil, de acordo com o manual de investigação		
	Pontuação total		
	Total de itens e pontuação máxima possível	65	195
	% de cumprimento		%

NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família; AAE: Atenção Ambulatorial Especializada; RAS: Rede de Atenção à Saúde.

ANEXO 2. Programação da atenção

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL

O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) define um princípio para a organização dos serviços de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS): o conhecimento da população e sua necessidade de saúde. A programação da atenção à saúde é um processo básico da Atenção Primária à Saúde (APS), que permite o cálculo estimativo da população com determinada condição crônica residente em um território de saúde e o dimensionamento da capacidade operacional de uma unidade de APS ou Atenção Ambulatorial Especializada (AAE).

A programação local de uma APS passa pelos seguintes passos:

1. Conhecimento da população geral	A programação da ESF é uma programação de base populacional, o que implica ser feita a partir da população efetivamente cadastrada em cada eSF O primeiro passo da programação local é o registro da população cadastrada pela eSF
2. Conhecimento da subpopulação-alvo com condição crônica	Aplicam-se os parâmetros de prevalência na população cadastrada, calculando a subpopulação-alvo estimada para as condições crônicas priorizadas, e faz a análise da cobertura de seu acompanhamento pela eSF Para a subpopulação de gestantes, o Ministério da Saúde toma como base o número de nascidos vivos do último ano e aplica um percentual de 110%, estimando o número de gestantes para o ano de planejamento Em muitas regiões, esse percentual é superestimado, podendo ser utilizado o percentual de 105% ou 100% sobre o número de nascidos vivos Onde o número de nascidos vivos não está disponível, a estimativa pode ser calculada a partir do número de crianças menores de 1 ano cadastradas, fazendo-se as devidas críticas
3. Conhecimento da subpopulação-alvo por estrato de risco	O MACC propõe que a população não seja conhecida de maneira genérica, mas de acordo com a presença de critérios que estratificam a condição crônica de saúde em simples, complexa ou muito complexa, possibilitando um conhecimento mais apropriado e a definição de intervenções adequadas As diretrizes clínicas recomendam os critérios para estratificação de risco das condições crônicas, assim como os parâmetros epidemiológicos de prevalência para o dimensionamento estimativo das subpopulações com condições crônicas Para as gestantes, são utilizados os parâmetros de 85% de gestantes de risco habitual e intermediário, e de 15% de gestantes de alto risco
4. Cálculo da necessidade de saúde	A necessidade de saúde é expressa em número de usuários estimados e pelo quantitativo de atendimentos, exames e procedimentos necessários para o cuidado em saúde Os parâmetros para o dimensionamento da necessidade de saúde da gestante (consultas mensais, quinzenais ou semanais, exames, vacinas, medicamentos, participações em grupos e outros procedimentos) são definidos no Quadro 16 O dimensionamento deve ser realizado por estrato de risco
5. Dimensionamento da capacidade operacional das equipes e serviços de saúde	Deve ser dimensionada a partir da necessidade de saúde. Ou seja: "Para responder às gestantes e puérperas residentes na região de saúde, qual estrutura física predial e de equipamentos, carga horária de profissionais, quantitativo de exames e procedimentos e outros itens devem ser planejados e organizados nos vários pontos de atenção, apoio e logístico da RAS?" O dimensionamento da capacidade operacional é baseado em parâmetros assistenciais de duração média de atendimento, definidos pela experiência da própria equipe Devem ser consideradas as metas definidas
6. Análise da programação	Estudar o equilíbrio da agenda semanal ou mensal dos profissionais, verificando a proporção da carga horária semanal total disponibilizada diante da necessidade de saúde estimada A equipe pode fazer ajustes nos parâmetros de programação (meta e duração do atendimento) até alcançar uma hipótese de equilíbrio da agenda que possibilite a resposta a todas as demandas apresentadas pela população A programação dimensiona: a média de atendimentos semanais programados, possibilitando a organização da agenda de atendimentos; o número de gestantes de alto risco, para o compartilhamento do cuidado com a AAE; o número de exames laboratoriais de rotina, possibilitando a programação do sistema de apoio laboratorial

ESF: Estratégia Saúde da Família; eSF: equipe da Estratégia Saúde da Família; MACC: Modelo de Atenção às Condições Crônicas; RAS: Rede de Atenção à Saúde; AAE: Atenção Ambulatorial Especializada.

A programação da AAE segue a mesma lógica:

1. Conhecimento da subpopulação-alvo e sua necessidade de saúde	A subpopulação-alvo da atenção especializada são as gestantes de alto risco Inicialmente, na fase de planejamento do serviço especializado, o número de gestantes de alto risco pode ser estimado com base nos parâmetros epidemiológicos propostos na APS, mas aplicados a toda a região de saúde; isso permite avaliar uma ordem de grandeza para a capacidade operacional Para uma programação mais precisa, o ponto de partida será o número de gestantes de alto risco dimensionadas na programação das equipes da APS Os parâmetros para o dimensionamento da necessidade de saúde da gestante de alto risco (consultas, exames e procedimentos) são definidos no Quadro 18
2. Dimensionamento da capacidade operacional das equipes e serviços de saúde	O dimensionamento da capacidade operacional é baseado em parâmetros assistenciais de duração média de atendimento, definidos pela experiência da própria equipe Devem ser consideradas as metas definidas
3. Análise da programação	Verificar a disponibilidade real do pré-natal de alto risco, identificar lacunas, realizar ajustes necessários

APS: Atenção Primária à Saúde.

A programação local deve ser monitorada pela equipe.

